

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

**Nº Sinistro:** **3180437389**

**Vitima:** **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente:** **15/04/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437389**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180437389**      **Vítima: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 15/04/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 047**

**Agência: 00000013**

**Conta: 000001003562-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

077.743.205-63

Nome completo da vítima

Marcos Vieira dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcos Vieira dos Santos	077.743.205-63	Lojeador
Endereço	Número	Complemento
Faz Fazenda Tambo	511	lara
Bairro	Estado	CEP
Zona rural	SE	49.870-000
Email	Telefone (DDD)	51.9918-9202
marcosvdufflorin@gmail.com		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

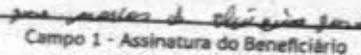
**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

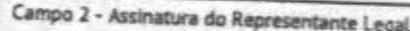
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/> Informar dígito se existir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Informar dígito se existir	<input type="checkbox"/>

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

01.09.09 a 30 de 08

Local e Data

  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

  
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 OUT 2018

BANESE - AUTODATENDIMENTO

DATA EMISSÃO: 10/10/2018 HORA: 12:01:39  
LOCAL.....: NOSSA S. DA GLÓRIA/CASH 0152

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE

VALOR EM CHEQUE....: 200,00  
AGÊNCIA.....: 013 - ITABI  
CONTA.....: 01/083562-5  
NOME.....: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS  
CPF DO DEPOSITANTE.: 028.883.675-00  
TELEFONE.....: (79)99888-6558  
NÚMERO DO ENVELOPE.: E-0879663

DATA DO DEPÓSITO.: 10/10/2018  
NÚMERO DE CONTROLE: 2018101001280000871

- \* A operação será confirmada após o Banco efetuar a conferência.
- \* Depósitos realizados após o horário de funcionamento da agência somente serão efetuados no próximo dia útil.

VAI VIAJAR PELO BRASIL OU EXTERIOR? NÃO ESQUEÇA DE LIBERAR O SEU BANESE DÉBITO PARA COMPRAS E SAQUES EM OUTROS ESTADOS OU PAÍSES. DESBLOQUEIE PELO APP, CAIXAS ELETRÔNICOS BANESE OU LIGUE 0800 264 3218 / 79 3219 2020

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL VIEIRA DOS SANTOS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00013

CONTA: 00001003562-5

---

Nr. da Autenticação 07A12C1E05531B33

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437389      **Cidade:** Itabi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL VIEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 05/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P24 ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437389      **Cidade:** Itabi      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL VIEIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 15/04/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DA Perna, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, EVIDENCIADO A PALPAÇÃO E NA PELÍCULA DE RADIOGRAFIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DO TORNOZELO, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DA FLEXÃO DO TORNOZELO COM DEFICIT DA MARCHA LEVE

**Resultados terapêuticos:** REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACA E PARAFUSOS, APRESENTOU QUEDA EM CASA EVOLUINDO COM FALÊNCIA DE IMPLANTE (PLACA E PARAFUSOS) E NECROSE DE FRAGMENTO ÓSSEO TIPO ASA DE BORBOLETA NA TÍBIA, SENDO REALIZADO NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA RETIRADA DO FRAGMENTO NECROSE FIXAÇÃO COM PLACA LONGA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR NO OMBRO, MUSCULATURA DO BRAÇO COM PEQUENA ATROFIA, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, CONSEQUENTEMENTE SEM NEXO CAUSAL EVIDENTE) .

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 0° / FLEXÃO 70°

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 20°

\*O PERICIADO REFERE TRAUMA DE OMBRO DIREITO E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS).

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180437389**

Nome do(a) Examinado(a): **MANOEL VIEIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**FAZENDA TAINHA, S/N - ÁREA RURAL - Itabi - SE - CEP 49870-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **315.575**

Data e local do acidente: [ **15/04/2018** ] **ITABI-SE**

Data e local do exame: [ **12/06/2019** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DA Perna, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, EVIDENCIADO A PALPAÇÃO E NA PELÍCULA DE RADIOGRAFIA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DO TORNozELO, ATROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA POR DESUSO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO E DA FLEXÃO DO TORNozELO COM DEFICIT DA MARCHA LEVE**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACA E PARAFUSOS, APRESENTOU QUEDA EM CASA EVOLUINDO COM FALÊNCIA DE IMPLANTE (PLACA E PARAFUSOS) E NECROSE DE FRAGMENTO ÓSSEO TIPO ASA DE BORBOLETA NA TÍBIA, SENDO REALIZADO NOVA ABORDAGEM CIRÚRGICA PARA RETIRADA DO FRAGMENTO NECROSE FIXAÇÃO COM PLACA LONGA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não  
existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

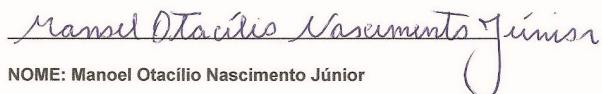
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

**MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR NO  
OMBRO, MUSCULATURA DO BRAÇO COM PEQUENA ATROFIA, DOR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO  
DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E  
EXTERNA DO OMBRO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, CONSEQUENTEMENTE  
SEM NEXO CAUSAL EVIDENTE) . . . AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 70°  
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 10° / EXTENSÃO 20° \*O PERICIADO REFERE TRAUMA  
DE OMBRO DIREITO E TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO (SEM DESCRIÇÃO NOS DOCUMENTOS MÉDICOS  
APRESENTADOS).**



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE