

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exceto para pessoas com deficiência auditiva)

**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 entre 16 e 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 pela 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 605.054.973-79	Nome completo da vítima Jonis Renato Dos Santos Filho
---------------------------	---------------------------------	--

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

Nome completo) Jonis Renato Dos Santos Filho		CPF titular da conta 605.054.973-79	Profissão Marketing
Endereço Rua 05/02 Proj. Habitacional Uruguaiana		Número 113	Complemento
Bairro Zona Sul	Cidade Foz de Iguaçu	Estado PR	CEP 81254-395
E-mail		Telefone (DDD) (085) 91351-3726	

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**

RECLUIR INFORMAR     
  SEM RENDA     
  ATÉ R\$ 1.000,00     
  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00     
  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00     
  R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00     
  ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUQUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAÚ (347) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)			
AGENCIA NO. <input type="text" value="0223"/>		CONTA NO. <input type="text" value="58014"/>		BANCO Nome <input type="text"/>			
D.V. <input type="text" value="0"/>		D.V. <input type="text" value="0"/>		AGENCIA NO. <input type="text"/>			
D.V. <input type="text" value="0"/>		D.V. <input type="text" value="0"/>		CONTA NO. <input type="text"/>			

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.

Foz de Iguaçu, 16 de Agosto de 2018  
Local e Data

Jonis Renato Dos Santos Filho  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

INVESTPREV  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

28 AGO 2018  
ENTRADA

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180399613 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RENATO DOS SANTOS FILHO **Data do acidente:** 11/05/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal da ulna à direita, fratura do 4º e do 5º metatarsos à direita e ferimento corto contuso na frente.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame do punho direito, apresenta limitação da capacidade de flexão aos 60º, extensão aos 55º, desvio ulnar aos 35º e desvio radial aos 25º do punho direito, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a repercussão da lesão fica restrita ao segmento. Ao exame do pé direito, apresenta dificuldade para deambular, afetando o pé como um todo. Revela diminuição da capacidade plena de flexão da articulação metatarsofalangeana do 4º e 5º pododáctilos. Ainda, apresenta diminuição de mobilidade em flexão, para movimentos específicos, como apoio na ponta do pé e flexão forçada. Apresenta membro inferior direito sem alterações tróficas e com força muscular preservada em grau máximo, além de possuir amplitude de movimentos dos demais segmentos do membro dentro dos padrões de normalidade, de maneira que a repercussão funcional gerada pela lesão fica restrita ao pé direito. Com relação ao ferimento corto contuso na frente, apresenta cicatriz bem resolvida e face simétrica, inexistindo seqüela funcional permanente decorrente das lesões.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura distal da ulna à direita, fratura do 4º e do 5º metatarsos à direita e ferimento corto contuso na frente, conforme documentos de pronto atendimento de 12/05/2018. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese de fratura da ulna direita, conservador de fratura do 4º e 5º metatarso à direita e de ferimento corto contuso na frente. Após a realização das medidas terapêuticas, a evolução clínica da lesão no punho direito e no pé direito apresentou alteração de mobilidade do mecanismo radio ulnar distal e do mecanismo do mediopé. Com relação ao ferimento corto contuso na frente, apresentou melhora resolutive, não restando sequelas. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho direito e no pé direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em punho direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade do mecanismo radio ulnar distal. Perda parcial e incompleta em pé direito, em grau leve, devido à redução da mobilidade do mecanismo do mediopé.

**Sequelas:** Com seqüela

**Data da perícia:** 10/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

**PRESTADOR**

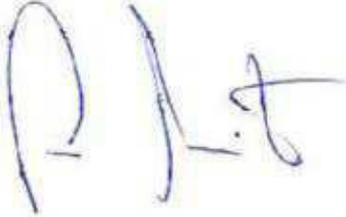
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RENATO DOS SANTOS FILHO

Nº Sinistro: 3180399613

Vitima: JOSE RENATO DOS SANTOS FILHO

Data do Acidente: 11/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: KARINE FRANCA DE CARVALHO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180399613**.

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**

Carta nº 13316411

