

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 e 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 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

Nome completo da vítima

605.054.973-79

José Renato dos Santos Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
José Renato dos Santos Filho		605.054.973-79		Promotor Marketing	
Endereço		Número		Complemento	
Rua 05/02 Proj. Paralelo Uruguai		113			
Bairro		Cidade		Estado	
Jardim		Fortaleza		CE	
E-mail		CEP		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

☒ **CONTA POUANÇA** (Escolha para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☒ ITAÚ (247)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

0023

58014

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Indicar os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DIV

CONTA

Nº

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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.

Fortaleza, 16 de Agosto de 2018

Local e Data

José 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 sequela 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 sequela

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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

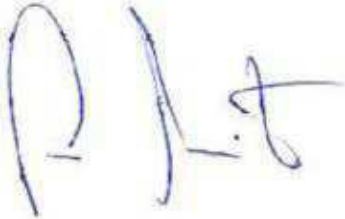
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

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

