

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**  
Nº Sinistro: **3170644515**  
Vitima: **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**  
Data do Acidente: **11/03/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170644515**.

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**

---

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

Nº Sinistro: **3170644515**

Vitima: **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

Data do Acidente: **11/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170644515**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



---

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

**Sinistro:** **3170644515**

**Vítima:** **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

**Data do Acidente:** **11/03/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170644515** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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**



Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12373734

A/C: ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE

**Nº Sinistro:** 3170644515  
**Vitima:** ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE  
**Data do Acidente:** 11/03/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000000727-7**

**Conta: 000009209-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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

Sinistro: **3170644515 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA FONTENELE**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA OMAR PAIVA nº 462 - NC - VICOSA DO CEARÁ/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 283971594 - SSP**

Data local do exame: **05/02/2018 GUARACIABA DO NORTE/CE**

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO RÁDIO-ULNAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA. EVOLUIU COM DEFORMIDADE, CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.**

IV. Segundo o 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**PUNHO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - GUARACIABA DO NORTE, 05/02/2018**

**Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE**

  
Dr. Wellington Melo  
MÉDICO  
CREMÉC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170644515      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA      **Data do acidente:** 11/03/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
FONTENELE

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO RÁDIO-ULNAR.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA. EVOLUIU COM DEFORMIDADE, CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

**CRM do médico:** 10432

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## Autorização de pagamento

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 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  
**ASL - 0463998 / 17**

CPF da Vítima  
**217.244.603-82**

Nome completo da vítima  
**Antônio Edneido Figueira Fontenelle**

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

Nome completo <b>Antônio Edneido Figueira Fontenelle</b>	CPF titular da conta <b>117.244.603-82</b>	Profissão <b>agricultor</b>
Endereço <b>Rua Onoré Paim</b>	Número <b>462</b>	Complemento <b>—</b>
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>Vicosa do Rioá</b>	Estado <b>Pecariá</b>
Email <b>afonicoara@gmail.com</b>	CEP <b>62300-000</b>	Telefone (DDD) <b>(68) 99404-4796</b>

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"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.  DV  CONTA  
NRO.  DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome <b>Bradesco</b>	NRO. <b>237</b>		
AGÊNCIA NRO. <b>0727</b>	DV <b>+</b>	CONTA NRO. <b>9209</b>	DV <b>6</b>
(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.

**Vicosa - Ce. 10 de Novembro de 2017.**

Local e Data

AJOR CORRETORA

**01 DEZ 2017**

DE SEGUROS LTDA.

*Antônio Edneido Figueira Fontenelle*  
Campo 1 - Assinatura do beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170644515      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA      **Data do acidente:** 11/03/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
FONTENELE

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

**Data da análise:** 01/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura distal do rádio esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170644515      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO EDNEIDO FIGUEIRA      **Data do acidente:** 11/03/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
FONTENELE

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO E LUXAÇÃO RÁDIO-ULNAR.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA. EVOLUIU COM DEFORMIDADE, CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

**CRM do médico:** 10432

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**