

---

Rio de Janeiro, 29 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

**Nº Sinistro:** 3180288925

**Vitima:** ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

**Data do Acidente:** 07/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** SERGIO SANTANA DOS SANTOS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180288925.**

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](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, 20 de Julho de 2018

Carta n°: 13119979

A/C: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Nº Sinistro: 3180288925  
Vitima: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ  
Data do Acidente: 07/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SERGIO SANTANA DOS SANTOS

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: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 00000934003-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

053.695.983-80

ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Orleans do Nascimento Cruz	053.695.983-80	Metalúrgico
Endereço	Número	Complemento
Rua Luiz Costa Filho	50A	
Bairro	Cidade	Estado
Quintino Lunkha	Fortaleza	Ceará
Email	CEP	Telefone (DDD)
2014orleans@gmail.com	60352680	(85) 98800.2659

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

D/V

BANCO

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

INTER

NRO

077

AGÊNCIA

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0001

9

934003

3

(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 - CE, 22 de JUNHO de 2018

Local e Data

Orleans do Nascimento Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

22 JUN. 2018

# 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: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000000934003-3

---

Nr. da Autenticação 72E52C21078D1655

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180288925      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ      **Data do acidente:** 07/03/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de punho direito. Fratura distal de antebraço direito cominutiva e intra articular

**Descrição do exame médico pericial:** Limitação de 80% dos movimentos de flexão do punho direito e 20% na flexão dos quirodáctilos da mão direita. Instabilidade ligamentar radio ulnar distal

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixação com placa volar. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em junho de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Dano no punho direito por rigidez articular

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do punho direito , portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Médico examinador:** Roberto 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

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

---

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

**Número do Sinistro:** 3180288925

**Nome do(a) Examinado(a):** ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA LUÍS COSTA FILHO, 50 -  
FORTALEZA/CE - CEP 60352-680

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 05449499119 - DETRAN-Ce -  
21/11/2016

**Data e Local do Acidente :** 07/03/2018 - Rua Dona Lucia Pinheiro

**Data e Local do Exame :** 11/07/2018 COT - RUA GUILHERME ROCHA, 1201  
- FORTALEZA/CE - CEP 60030-141

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Punho direito (fratuira distal de antebraço direito cominutiva e intraarticular)

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

Tratado com cirurgia e fixação com placa volar, 50 sessões de fisioterapia e  
alta medica em junho de 2018.

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

Bloqueio 80% na extensão do punho, bloqueio 60% na flexão do punho,  
instabilidade ligamentar radioulnar distal, bloqueio 20% na flexão dos  
quirodactilos.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente  
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**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:**

Dano punho direito por rigidez articular

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

punho direito

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( X ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve

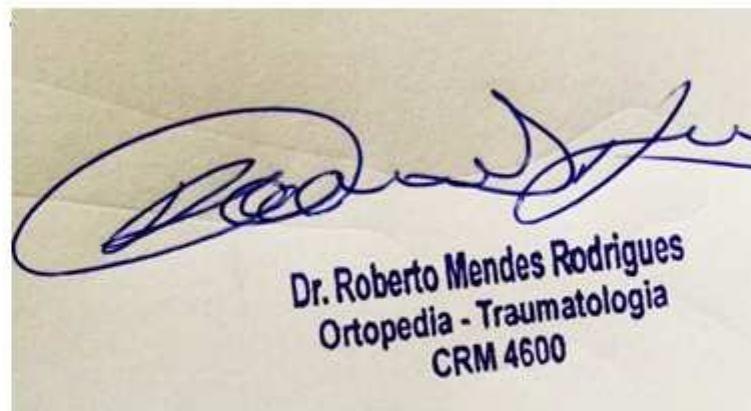
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% 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.**



---

ROBERTO MENDES RODRIGUES CRM : 4600 / UF :CE