

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** 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 13023865



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13119979

A/C: ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ

Nº Sinistro: 3180288925
Vítima: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 053.695.983-80	Nome completo da vítima ORLEANS DO NASCIMENTO CRUZ
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Orleans do Nascimento Cruz		CPF titular da conta 053.695.983-80	Profissão Metallúrgico
Endereço Rua Luis Costa Filho		Número 50A	Complemento
Bairro Quintino Cunha	Cidade Fortaleza	Estado Ceará	CEP 60352680
Email 2014orleans@gmail.com			Telefone (DDD) (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"/> RECUSO 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)

☐ **BRASESCO (237)** ☐ **BANCO DO BRASIL (001)** ☐ **ITAÚ (341)**
☐ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
INTER		037	
AGÊNCIA NRO.	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

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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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 (fratura 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 quírodactilos.

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 às 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

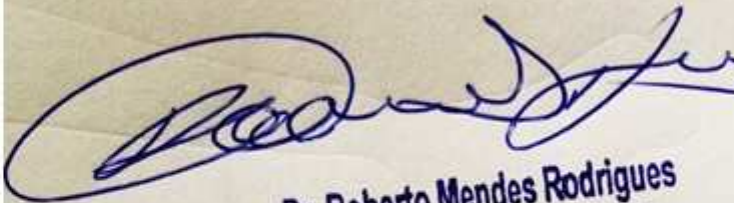
Região Corporal

% 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.



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

ROBERTO MENDES RODRIGUES CRM : 4600 / UF :CE