

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MARCELINO PESSOA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180254036

Vitima: FRANCISCO MARCELINO PESSOA FERREIRA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254036**.

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 12916986



**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: **3180254036**  
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO MARCELINO PESSOA FERREIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA BENTO nº 120 - JARDIM GUANABARA - FORTALEZA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 056840 - SSP**  
Data e local do acidente: **09/12/2017 FORTALEZA/CE**  
Data e local do exame: **18/07/2018 FORTALEZA/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA MÉDIO DISTAL COMINUTIVA DE TÍBIA ESQUERDA**

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

**EM 12/12/17: OSTEOSÍNTESE COM ENXERTO ÓSSEO E HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA ORTOPÉDICA EM MAIO DE 2018.**

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

**HIPOTROFIA MUSCULAR, DESVIO EM VARO DE TÍBIA COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR GRAU 4.**

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

**Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".**

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(\*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

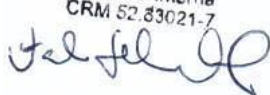
Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ**

**Fabio S. Fernandes**  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7  


Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

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  
388.780.893.20

Nome completo da vítima  
Francisco Marcelino Pessoa Faria

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

Nome completo Francisco Marcelino Pessoa Faria	CPF titular da conta 388.780.893.20	Profissão Cobrador
Endereço Rua: Bento 120 casa A	Número 120	Complemento Casa A
Bairro Jardim Guaranã	Cidade B. Belze	CEP 60.349-460
E-mail (85). 8. 86. 84. 98. 88	Estado ce.	Telefone (DDD) (85). 86. 84. 98. 88

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**

☐ RECUSO 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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

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

**BANCO**  
Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

**CONTA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. 0926 D/V 013 CONTA NRO. 00024644 D/V 8

(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.

B. Belze 28 de maio de 2018

Local e Data

Francisco Marcelino Pessoa Faria

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: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO MARCELINO PESSOA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00926

CONTA: 000000024644-8

---

Nr. da Autenticação 41A22A1C3AD7E5C6

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180254036 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO MARCELINO PESSOA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
**FERREIRA**

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA MÉDIO DISTAL COMINUTIVA DE TÍBIA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** EM 12/12/17: OSTEOSSÍNTESE COM ENXERTO ÓSSEO E HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. ALTA ORTOPÉDICA EM MAIO DE 2018.  
HIPOTROFIA MUSCULAR, DESVIO EM VARO DE TÍBIA COM REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR GRAU 4.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** FABIO SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

