
Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085954

Vítima: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190085954

Vítima: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Data do Acidente: 07/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 5.062,50 |

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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

Recebedor: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 237

Agência: 000000741-2

Conta: 000001008280-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 757.655.433-91 Nome completo da vítima: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU CPF: 757.655.433-91

Profissão: COBRADOR Endereço: RUA ITAPOA Número: 286 Complemento: B

Bairro: CANINDEZINHO Cidade: FORTALEZA Estado: CE CEP: 60732-150

E-mail: hc527310@gmail.com Tel.(DDD): 85985296730

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
- ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRAPESCO

AGÊNCIA: CONTA:

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

AGÊNCIA: CONTA:

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, FORTALEZA, 14 DE JANEIRO DE 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Orlando Marreiro de Abreu

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

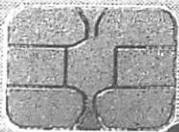
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Bradesco

Conta Salário



5090 6520 6350 5208

04/23 0741 2 0060378 3 02 00

JOSE ORLANDO MANEIRO DE AB

31 JAN. 2019

**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

Número do Sinistro: 3190085954
Nome do(a) Examinado(a): Jose Orlando Marreiro de Abreu
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Itapoa, 286 Casa B
Canedezinho Fortaleza CE CEP: 60732-150
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94002066023
Data local do acidente: [07/10/2018]
Data local do exame: [13/02/2019] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE, FRATURA CRANIANA TEMPORAL DIREITA, COM AFUNDAMENTO DE FRAGMENTO ÓSSEA. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO IJF, TRANSFERIDA PARA O FERNANDES TÁVORA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, PARA O MSD E CONSERVADOR, PARA O TCE, FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.
Complicações: CRISE DE AUSÊNCIA.
Data da Alta: 10/01/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
MARCHA ATÍPICA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, ROMBERG POSITIVO À DIREITA, ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CRISE DE AUSÊNCIA, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL E BLOQUEIO ARTICULAR LEVE/MODERADO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEBILIDADE LEVE DO SNC, PELA CRISE DE AUSÊNCIA E DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR E MODERADO DO OMBRO DIREITO, PELO BLOQUEIO ARTICULAR DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO.
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 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 (*).
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>() "Vítima em tratamento" <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente" <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela): LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL % do dano: () 10% residual (X) 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela): OMBRO - Lado Direito % do dano: () 10% residual () 25% leve (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela): % do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM



Dr. Andre de Oliveira Leal
CPF - 029.258.907-76
CRM/CE - 16566

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190085954 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ORLANDO MARREIRO DE ABREU **Data do acidente:** 07/10/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TCE, FRATURA CRANIANA TEMPORAL DIREITA, COM AFUNDAMENTO DE FRAGMENTO ÓSSEA. FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame físico: MARCHA ATÍPICA, DISTÚRPIO DO EQUILÍBRIO E HUMOR, ROMBERG POSITIVO À DIREITA, ASSIMETRIA ESCAPULAR, CICATRIZ CIRÚRGICA NO OMBRO DIREITO, CRISE DE AUSÊNCIA, USO CONTÍNUO DE HIDANTAL E BLOQUEIO ARTICULAR LEVE/MODERADO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO LATERAL E ROTAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: O TCE EVOLUIU COM CRISE DE AUSÊNCIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal | 100 % | Em grau leve - 25 % | 25% | R\$ 3.375,00 |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 37,5 % | R\$ 5.062,50 |