

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180341338**

Vitima: **FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMERSON JOSE DE ALMEIDA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341338**.

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 13166261



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

046.405.555-55

Nome completo da vítima

FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA		CPF titular da conta 046.405.555-55	Profissão RECUSO
Endereço RUA AGDO OLIVEIRA SANTOS		Número 19	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade ITABAIANA	Estado SE	CEP 49.500-000
Email		Telefone (DDD) (79) 99992-9033	

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)

AGÊNCIA
NRO. 0561 D/V (Informar dígito se existir)

CONTA
NRO. 0348 040 D/V 8 (Informar dígito se existir)

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

BANCO
Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA
NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)

CONTA
NRO. _____ D/V _____ (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.

ITABAIANA-SE, 18 de JULHO de 2018

Local e Data

Fernando Junio Conceicao Barbosa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

25 JUL 2018

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. ITABAIANA
DATA: 19/07/2018
TERMINAL: 05611525

HORA: 17:11:55
CONTROLE: 056115250313

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0561.013.00148040-8
NOME: FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 5,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 0504178326
NÚMERO DE CONTROLE: 200280410

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

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: 30/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000148040-8

Nr. da Autenticação A423BB005BE716D7

**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: 3180341338

Nome do(a) Examinado(a): FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agdo Oliveira Santos, 19 - Itabaiana/SE -
CEP 49506-282

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3230515 0 - SSP - 02/06/2015

Data e Local do Acidente : 04/02/2018

Data e Local do Exame : 22/08/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE
- CEP 49010-310

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO RÁDIO À ESQUERDA.

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

PERICIA DO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS., EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, OUTRA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO, RÁDIO ARQUEADO, DOR EDEMA E BLOQUEIO TOTAL DO PUNHO E PARCIAL DA MÃO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

ANGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 90°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 70°)

CIRCUNFERÊNCIA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO: 29 CM.

CIRCUNFERÊNCIA DO ANTEBRAÇO DIREITO: 32 CM.

VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA AS LESÕES DESCRITAS EM TELA.

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:

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

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 ESQUERDO

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 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.

Manoel Otacilio Nascimento Junior

Manoel Otacilio M
Clínica e Auditoria em
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341338 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO JUNIO CONCEICAO BARBOSA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DO RÁDIO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: PERICIADO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE CAPOTAMENTO DE CARRO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS TRÁS ÓSSEO NA FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO, EVOLUIU SEM MELHORA, REALIZOU EM 2º TEMPO REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

