

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** LUIZ CARLOS FERREIRA  
**Nº Sinistro:** 3180157703  
**Vitima:** LUIZ CARLOS FERREIRA  
**Data do Acidente:** 01/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180157703**.

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, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12926436

A/C: LUIZ CARLOS FERREIRA

**Nº Sinistro:** 3180222820  
**Vitima:** LUIZ CARLOS FERREIRA  
**Data do Acidente:** 01/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ

**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: LUIZ CARLOS FERREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001977**

**Conta: 0000012544-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos pés 50%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 50%) 12,50%

**Valor a indenizar:** 12,50% x 13.500,00 = R\$ **1.687,50**

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**



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

*320.440.033-68*

Nome completo da vítima

*Luiz Carlos Ferreira*

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

Nome completo	<i>Luiz Carlos Ferreira</i>	CPF titular da conta	<i>320.440.033-68</i>	Profissão	<i>Vigilante</i>	
Endereço	<i>Rua: Santo Ambrósio</i>	Número	<i>280</i>	Complemento		
Bairro	<i>Centro Alvorada</i>	Cidade	<i>Fortaleza</i>	Estado	<i>CE</i>	
Email	<i>atendimento.alexandreseguros@gmail.com</i>				CEP	<i>60833322</i>
					Telefone (DDD)	<i>(85) 985296730</i>

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 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"/> 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.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

*1977*

*12544*

*7*

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA  
NRO.

D/V

CONTA  
NRO.

D/V

(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, 21 de Fevereiro de 2018*

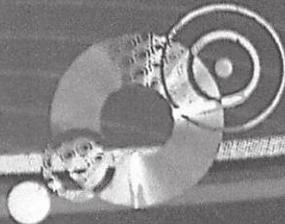
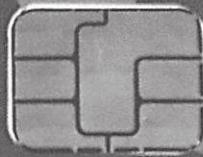
Local e Data

*LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA  
n.º ARR. 2018*

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**  
**POUPANÇA**



**6277 8016 7563 7098**

**6277**

**VÁLIDO ATÉ**

**03/21**

**LUIZ CARLOS FERREIRA**

**1977 013 00012544-7**

**elo**

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

IBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
09 ABR. 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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LUIZ CARLOS FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01977

CONTA: 000000012544-7

---

Nr. da Autenticação 0CF80EE50313F777

**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: **3180222820**

Nome do(a) Examinado(a): **Luiz Carlos Ferreira**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Oriント arruda 280 , Fortaleza, Ceara**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **CNH, DETRAN - Ce, 05204964607**

Data e local do acidente: **01/01/2018, Fortaleza, Ceara**

Data e local do exame: **28/05/2018, Fortaleza/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Fratura da base do 1º metatarso direito, fratura dos ossos cuneiforme intermédio e lateral direitos e fratura da extremidade distal da falange proximal do 2º e 3º pododáctilos à direita.

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

Após a realização de tratamento conservador com imobilização gessada (tala bota) e posterior realização de sessões de fisioterapia, a lesão obteve resposta discreta, tendo sido apurado na anamnese e exame físico a existência de sequela permanente no pé direito, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Periciado em bom estado geral. Marcha normal. Ao exame físico dirigido ao pé direito, apresenta redução da amplitude de movimentos do pé, diante da restrição de flexão plantar em 30°, dorsiflexão em 15°, além de redução da capacidade plena para movimentos de inversão e eversão do pé direito. Possui restrição na extensão completa do primeiro, segundo e terceiro pododáctilos à direita com dificuldade de apoio na ponta do pé. O conjunto das restrições gera prejuízo funcional leve ao pé direito como um todo.

**IV.** Nexo 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 susceptível a qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não.

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

Perda funcional, parcial e incompleta em pé direito devido à redução de mobilidade.

**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”

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 (Sequela):** Pé - Direito - LEVE - 25%

**% do dano:**

( ) 10% residual (  ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):** - -

**% do dano:**

( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):** - -

**% do dano:**

( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**Região Corporal (Sequela):** - -

**% 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.

  
Assinatura \*

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 4600

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180222820  
**Vítima:** LUIZ CARLOS FERREIRA

**Cidade:** Fortaleza  
**Data do acidente:** 01/01/2018

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da base do 1º metatarso direito, fratura dos ossos cuneiforme intermédio e lateral direitos e fratura da extremidade distal da falange proximal do 2º e 3º pododáctilos à direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Periciado em bom estado geral. Marcha normal Ao exame físico dirigido ao pé direito, apresenta redução da amplitude de movimentos do pé, diante da restrição de flexão plantar em 30°, dorsiflexão em 15°, além de redução da capacidade plena para movimentos de inversão e eversão do pé direito. Possui restrição na extensão completa do primeiro, segundo e terceiro pododáctilos à direita com dificuldade de apoio na ponta do pé. O conjunto das restrições gera prejuízo funcional leve ao pé direito como um todo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura da base do 1º metatarso direito, fratura dos ossos cuneiforme intermédio e lateral direitos e fratura da extremidade distal da falange proximal do 2º e 3º pododáctilos à direita, bem como restrição moderada da mobilidade do pé direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento conservador com imobilização gessada (tala bota) e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no pé direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta em pé direito (grau leve) devido à redução de mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Henrique Rodrigues Rosito'.