

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** 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 12638310



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12926436

A/C: LUIZ CARLOS FERREIRA

Nº Sinistro: 3180222820
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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.

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	CPF titular da conta	Profissão
Luiz Carlos Ferreira	320.440.033-68	Vigilante
Endereço	Número	Complemento
Rua: Santo Ambrósio	280	
Bairro	Cidade	Estado
Ponto Morada	Fortaleza	CE
		CEP
		60833.322
Email	Telefone (DDD)	
atendimento.alexandreseguros@gmail.com	(85) 985296730	

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
 ☐ 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. 1977

D/V

CONTA

NRO. 12544

D/V

(Informar dígito se existir)

(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

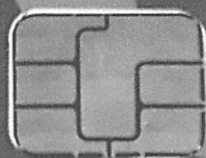
LIBIA CORRETORES DE SEGUROS
11.9. ABR. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

POUPANÇA



6277 8016 7563 7098

6277

VALIDO ATÉ

03/21

LUIZ CARLOS FERREIRA

1977 013 00012544-7

elo

VÁLIDO 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 Orinto 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?

[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 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

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: LUIZ CARLOS FERREIRA

Data do acidente: 01/01/2018

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 30º, dorsiflexão em 15º, 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

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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:

