

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190106142

Vítima: ALAN DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 01/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALAN DA SILVA DANTAS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

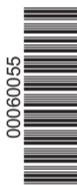
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190178405 Cidade: Aracaju Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ALAN DA SILVA DANTAS Data do acidente: 01/05/2016 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE EPÍFISE DISTAL DO PUNHO À DIREITA.
FRATURA DE EPÍFISE DO RÁDIO COM LUXAÇÃO GRAVE RÁDIO ULNAR À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, DOR NO ANTEBRAÇO E MÃO EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (CALO ÓSSEO), EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
ANGULO DE FLEXÃO 0° / 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)
ANGULO DE EXTENSÃO 0° / 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, OUTRA NUMULAR NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DOR, EDEMA E BLOQUEIO TOTAL DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, PERDA TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
ANGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 0° / 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 0° / 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/03/2019

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 87,5 %	43,75%	R\$ 5.906,25
Total			43,75 %	R\$ 5.906,25

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro da ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

039.658.375.08

Alan da Silva Santos

DADOS DE INFORMAÇÃO

Nome completo:

Alan da Silva Santos

Profissão:

Receve

Endereço:

Santos Dumont

Cidade:

R. Luiz Vieira
Juveca

Bairro:

CPF:

039.658.375.08

Número:

116 casa

Estado:

SE

CEP:

49087-390

Tel (DDD):

(71) 9606-3112

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) 9989-1177

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECEBEM 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 CORRETORADO DA INSCRIÇÃO AO ANEXAR UMA CóPIA DE CONTRATO

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

050

CONTA:

(informar o dígito se existir)

050

(informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (selecionar banco)

Nome do BANCO: Banesp

AGÊNCIA: 050

CONTA: 040215316

(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 sou tituto direito, reconhecendo e dando desde já e plenamente a autorização à elaboração do crédito, quitando total o valor recebido.

DECLARAÇÃO DE ADEQUAÇÃO DE VALOR DO SEGURO DPVAT (INCLUI A DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo de 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 realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Indicativo acusatório: solicito o prosseguição da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com os dados, desde já, em me submeter à avaliação médica da custódia da Seguradora Líder para a verificação da condição e manifestação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, na forma da Lei nº 104/74, art. 39, §1º, declarando que «esta autorização não significa peleja com a defesa com a futura avaliação médica ou remetendo ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo».

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 companheira(o): Sim Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: 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 invalidez permanente beneficiário(a) se apresentar ante a previdência e comitê, ainda, de que quaisquer reivindicação de indenização não verificada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal pela infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Fluxo/Se 04.02.2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Alan da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 RODO, 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.

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

**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: 3190178405
Nome do(a) Examinado(a): Alan da Silva Dantas
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Luiz Machado, 116
Santos Dumont Aracaju SE CEP: 49087-390
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 316398 36
Data local do acidente: [01/05/2016]
Data local do exame: [15/03/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE EPÍFISE DISTAL DO PUNHO À DIREITA.
FRATURA DE EPÍFISE DO RÁDIO COM LUXAÇÃO GRAVE RÁDIO ULNAR À ESQUERDA.**

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE RÁDIO DIREITO COM FIOS DE KIRSCHNER, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TÂNS ARTICULAR E REDUÇÃO DA FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO COM FIOS DE KIRSCHNER,

Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO DIREITO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.

BLOQUEIO TOTAL DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS.

Data da Alta: 05/05/2016

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, DOR NO ANTEBRAÇO E MÃO EVIDENCIADO A PALPAÇÃO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO (CALO ÓSSEO), EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

ANGULO DE FLEXÃO 0° / 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ANGULO DE EXTENSÃO 0° / 10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE ANTERIOR DO PUNHO E ANTEBRAÇO, OUTRA NUMULAR NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DÉFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DOR, EDEMA E BLOQUEIO TOTAL DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, PERDA TOTAL DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONADAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

ANGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 0° / 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 0° / 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-70°)

- IV. Nexo de causalidade: 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:

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO DIREITO.

DÉFICIT FUNCIONAL TOTAL DO PUNHO 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 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 (*).

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otávio Nascimento Júnior
Manoel Otávio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.906,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN DA SILVA DANTAS

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00050

CONTA: 000001021531-6

Nr. da Autenticação 2F02843B664558F4