

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



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190178405

Vítima: ALAN DA SILVA DANTAS

Data do Acidente: 01/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALAN DA SILVA DANTAS

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\$ 5.906,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 87.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (87.5% de 25%) 21,88%

Valor a indenizar: 21,88% x 13.500,00 = R\$ 5.906,25

Recebedor: **ALAN DA SILVA DANTAS**

Valor: **R\$ 5.906,25**

Banco: **047**

Agência: **00000050**

Conta: **000001021531-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

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 RADIO 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 00° / 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ANGULO DE EXTENSÃO 00° / 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 00° / 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ANGULO DE EXTENSÃO DO PUNHO 00° / 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 ou ASL: 039.658.375.08 CPF da vítima: Alon da Silva Santos Nome completo da vítima: Alon da Silva Santos

Nome completo: Alon da Silva Santos CPF: 039.658.375.08
Profissão: R. Luiz Machado Número: 116 Complemento: casa
Bairro: Santos Dumont Cidade: Jussara Estado: SE CEP: 49087-310
E-mail: (71) 9606-3112 (71) 89-1177

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

RENDAMENTO MENSAL:
☒ RECURSO 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

OPÇÃO PARA AÇÃO DO BENEFICÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA DAS OPÇÕES

☐ 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: Banesa
AGÊNCIA: 050 CONTA: 040215316

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou beneficiário, reconhecendo e dando, desde já, o suficiente para a efetivação do crédito, quitando total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO 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 acima citado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com a finalidade, desde já, em me habilitar à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.947/74, art. 39, § 1º, declarando que esta autorização não significa renúncia ou concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE QUISQUE BENEFICÁRIO - PREENCHIMENTO OBRIGATORIO PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data de 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer alteração na 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: Jussara/SE 04.02.2019
Nome: Alon da Silva Santos
CPF: (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Alon da Silva Santos

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

TESTEMUNHAS
1ª Nome: CPF: Assinatura
2ª Nome: CPF: Assinatura

(*) 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.

**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 RADIO 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 RADIO DIREITO COM FIOS DE KIRSCHNER, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANS 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 PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

ÂNGULO DE FLEXÃO 00° / 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

ÂNGULO DE EXTENSÃO 00° / 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.

ÂNGULO DE FLEXÃO DO PUNHO 00° / 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°-90°)

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

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela 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 (Seqüela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☒ (X) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% 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 Otacilio 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