

---

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11410867

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170410158 ASL-0285096/17

**Vitima:** FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

**Data Acidente:** 01/04/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** LUCIANO JOSE DA SILVA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11440692

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

**Sinistro:** 3170410158 ASL-0285096/17  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA  
**Data Acidente:** 01/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUCIANO JOSE DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2017

Carta n°: 11511958

A/C: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Sinistro: 3170410158 ASL-0285096/17  
Vitima: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA  
Data Acidente: 01/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUCIANO JOSE DA SILVA

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: FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000614-9

Conta: 0000023866-X

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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

Sinistro: **3170410158 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO GAMELEIRA nº 45 - ZONA RURAL - LAGOA DE PEDRAS/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003661824 - SSP**

Data local do exame: **11/08/2017 NATAL/RN**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### **FRATURA DE FEMUR ESQUERDO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM       NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM       NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. EVOLUIU COM DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADDUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA E COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### **DEFÍCIT FUNCIONAL MÉDIO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

IV. 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em                    dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%     25%     50%     75%     100%

10%     25%     50%     75%     100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR. -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**RN - NATAL, 11/08/2017**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170410158      **Cidade:** Lagoa de Pedras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 01/04/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de fêmur esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170410158      **Cidade:** Lagoa de Pedras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DE ASSIS DA SILVA      **Data do acidente:** 01/04/2017      **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FEMUR ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ TRATAMENTO FISIOTERAPICO. EVOLUIU CM DOR E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM BLOQUEIO DA ABDUÇÃO E ADDUÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA E COM REPERCUSSÃO NA MARCHA. ESTA DE ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**