

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2017

Carta nº: 10967787

A/C: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170250918 ASL-0168422/17  
**Vitima:** FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 14/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

**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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11673873

A/C: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

Sinistro: 3170250918 ASL-0168422/17  
Vítima: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA  
Data Acidente: 14/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.012,50

Banco: 001

Agência: 000002773-1

Conta: 000010009956-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170250918 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **ST CACIMBÃO nº 00 - ZONA RURAL - VICOSA DO CEARA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 96025002958 - SSP**  
Data local do exame: **17/07/2017 GUARACIABA DO NORTE/CE**

### 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 EXPOSTA DO 3º PODODÁCTILO DIREITO COM EXTENSA LESÃO CUTÂNEA.**

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 complicação.

**VÍTIMA SUBMETIDA A DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO E A POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE E PERDA TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO 3º PODODÁCTILO DIREITO.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**DEFICIT FUNCIONAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO EM GRAU INTENSO.**

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 seqüela 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)

**3º DEDO DO PÉ DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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:

**CE - GUARACIABA DO NORTE, 17/07/2017**

**Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE**

  
Dr. Wellington Melo  
MÉDICO  
CREMÉC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170250918 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º PODODÁCTILO DIREITO COM EXTENSA LESÃO CUTÂNEA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO EM GRAU INTENSO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO E A POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA, EVOLUINDO COM OSTEOMIELITE E PERDA TOTAL DA FLEXO-EXTENSÃO DO 3º PODODÁCTILO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º PODODACTILO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2017

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

**CRM do médico:** 10432

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170250918 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/01/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 11/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de pé direito

**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:**

