

---

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON LIMA FERREIRA**  
  
Nº Sinistro: **3180262801**  
Vitima: **ROBSON LIMA FERREIRA**  
Data do Acidente: **05/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROMARA DO NASCIMENTO VIANA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180262801**.

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**

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta n°: 13118645

A/C: ROBSON LIMA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180262801  
Vitima: ROBSON LIMA FERREIRA  
Data do Acidente: 05/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

**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: ROBSON LIMA FERREIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000610-6

Conta: 0000028294-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

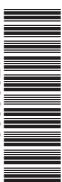
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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**

Número do Sinistro: 3180262801  
Nome do(a) Examinado(a): Robson Lima Ferreira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Haroldo Torres, 3545  
Sao Gerardo Fortaleza CE CEP: 60320-845  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2000002046998  
Data local do acidente: [ 05/03/2018 ]  
Data local do exame: [ 16/07/2018 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMA NO TORNOZELO E NO PE DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NA FACE POSTERIOR DO PÉ, NA FACE ANTERIOR DO TERÇO DISTAL DA Perna E NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO, TODAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA**

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

**Tratamento: REALIZADA REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM**

**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**CICATRIZES CIRÚRGICAS, PERDA ANATÔMICA DE PARTES MOLES, EDEMA RESIDUAL INTENSO +++/4+, INSTABILIDADE POSTURAL E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PÉ**

- 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:

**PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR**

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"      ( ) "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)*

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

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Direito**

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180262801      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON LIMA FERREIRA      **Data do acidente:** 05/03/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/07/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PE DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paulo Artur de Araújo Amorim".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180262801      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON LIMA FERREIRA      **Data do acidente:** 05/03/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TORNOZELO E NO PE DIREITO COM LESÃO EXTENSA DE PARTES MOLES NA FACE POSTERIOR DO PÉ, NA FACE ANTERIOR DO TERÇO DISTAL DA Perna E NA FACE ANTERIOR DO TORNOZELO, TODAS COM PERDA DE SUBSTÂNCIA

**Descrição do exame** CICATRIZES CIRÚRGICAS, PERDA ANATÔMICA DE PARTES MOLES, EDEMA RESIDUAL INTENSO +++,/4+,  
**médico pericial:** INSTABILIDADE POSTURAL E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PÉ

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CICATRIZAÇÃO DA FERIDA, PORÉM COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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 médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**