

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

Carta nº 12945875



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13118645

A/C: ROBSON LIMA FERREIRA

Nº Sinistro: 3180262801
Vítima: 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.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

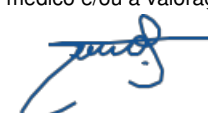
Número do Sinistro: 3180262801
Nome do(a) Examinado(a): Robson Lima Ferreira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Haroldo Torres, 3545
Sao Gerardo Fortaleza CE CEP: 60320-845
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000002046998
Data local do acidente: [05/03/2018]
Data local do exame: [16/07/2018] 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 casualidade: 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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

Valoração 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:

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 médico pericial: CICATRIZES CIRÚRGICAS, PERDA ANATÔMICA DE PARTES MOLES, EDEMA RESIDUAL INTENSO +++/4+, 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
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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:

