

Rio de Janeiro, 13 de Julho de 2017

Carta nº: 11300602

A/C: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170372362 ASL-0254979/17
Vitima: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 02/04/2017
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, 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, 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, 29 de Julho de 2017

Carta nº: 11391187

A/C: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

Sinistro: 3170372362 ASL-0254979/17
Vítima: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS
Data Acidente: 02/04/2017
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: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000785

Conta: 000000085167-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170372362 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 02/04/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: Fratura da fibula distal direita

Descrição do exame médico pericial: Limitação dos movimentos de flexão dorsal e plantar e claudicação

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização de gesso e medicação. Não realizou tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em julho de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do tornozelo causado pelo bloqueio articular provocando diminuição da força muscular do membro inferior.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Greive 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Sítio BURITI GIRAL, s/n - s/n - Viçosa do
Ceará/CE - CEP 62300-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 527490258 - SSP

Data e Local do Exame : 18/07/2017 RUA PAULO ARAGÃO, 579 -
SOBRAL/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)

Diagnóstico:

FX DA FÍBULA DISTAL DIREITA

Exame Físico:

HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO, BLOQUEIO ARTICULAR COM
LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR

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? [X] 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? [X] Sim [] Não

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 50 DIAS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM JUL/2017.

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

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO TORNOZELO PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, HIPOTROFIA MUSCULAR E ALTERAÇÃO DA MARCHA

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

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

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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 valoração do dano corporal.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE