

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Sinistro: 3180057874

Vítima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180057874** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Sinistro: 3180057874

Vítima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180057874** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 14 de Abril de 2018

Carta n°: 12658855

A/C: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Nº Sinistro: 3180057874
Vitima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS
Data do Acidente: 03/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 00000561

Conta: 00000130571-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

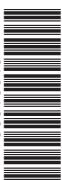
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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



Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Nº Sinistro: 3180057874

Vitima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Data do Acidente: 03/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180057874**.

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057874 **Cidade:** Campo do Brito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO COM LUXAÇÃO TÍBIO FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna e Pé DIMINUÍDA, ATROFIA MUSCULAR LEVE DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, EDEMA, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °). ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO: 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °).

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

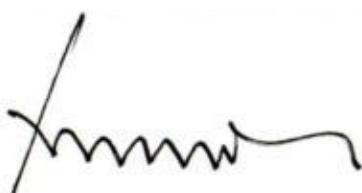
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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: **3180057874**

Nome do(a) Examinado(a): **CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

POVOADO BRITO VELHO, 8600 - ÁREA RURAL - Campo do Brito - SE - CEP 49520-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.334.299-7**

Data e local do acidente: [**03/08/2017**] **CAMPO DO BRITO**

Data e local do exame: [**04/04/2018**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE TORNOZELO COM LUXAÇÃO TÍBIO FÍBULA À ESQUERDA.

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

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

AO EXAME FÍSICO, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna e Pé DIMINUÍDA, ATROFIA MUSCULAR LEVE DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, EDEMA, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 20°). ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO: 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°).

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 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"

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)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% 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

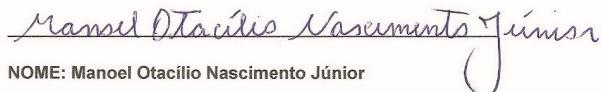
Região Corporal (Sequela):

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

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
a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000130571-1

Nr. da Autenticação 49B3CFBF7BB69374

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057874 **Cidade:** Campo do Brito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/03/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

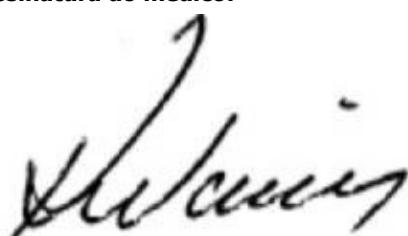
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057874 **Cidade:** Campo do Brito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO COM LUXAÇÃO TÍBIO FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA Perna e Pé DIMINUÍDA, ATROFIA MUSCULAR LEVE DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, EDEMA, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °). ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO: 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °).

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

