

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](http://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](http://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 nº: 12658855

A/C: CLEVERSON DA CONCEICAO PASSOS

Nº Sinistro: 3180057874  
Vítima: 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](http://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**

Carta nº 12342444



# 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, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ÂNGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °). ÂNGULO 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

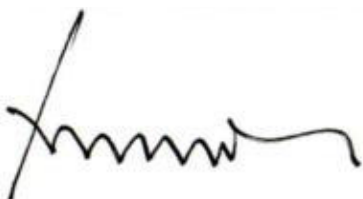
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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, VÍTIMA 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, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ÂNGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 20°). ÂNGULO 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?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

[ ☒ ] 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

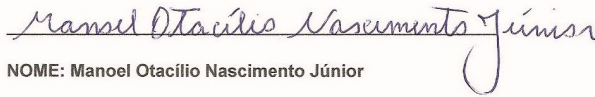
Região Corporal (Sequela):

% 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 Otacilio 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

**Valoração 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, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. ÂNGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO: 08° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °). ÂNGULO 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:**

