

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180552810 **Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE**

Data do Acidente: 03/08/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: PATRICIA PAES BARRETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000003220

Conta: 00000022489-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 16/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03220

CONTA: 000000022489-4

Nr. da Autenticação 999EBBAEF3AB19F6

**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

Número do Sinistro: 3180552810

Nome do(a) Examinado(a): LUIZ CLAUDIO CLEMENTE

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Noventa e Três, 205 - Paulista/PE - CEP 53421-450

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2514945 - ssp pe - 03/02/2017

Data e Local do Acidente : 03/08/2018 - bairro centro, 1, rua professor rutilho, 11, centro - jaboatao dos guararapes

Data e Local do Exame : 10/04/2019 AVENIDA PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 692 - OLINDA/PE - CEP 53030-010

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de femur distal direita.

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

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO COM PLACA E SEIS PARAFUSOS. USOU ANALGÉSICOS.

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

MOVIMENTOS PRESENTES DO MID SEM RESTRIÇÕES. REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.

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:

DOR Á MOVIMENTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE Perna DIREITO.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do Dano (X) 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

Região Corporal

% 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.

REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.



GUSTAVO CARVALHO ROSAS CRM : 13685 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180552810 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CLAUDIO CLEMENTE **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR DISTAL DIREITO

Descrição do exame físico: MOVIMENTOS PRESENTES DO MID SEM RESTRIÇÕES. REFERE QUE O MÉDICO ACOMPANHANTE SOLICITOU PARA USAR A MULETA DE APOIO POR MAIS UM MÊS.
DOR Á MOVIMENTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE PERNAS DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FIXAÇÃO DA FRATURA DE FEMUR DISTAL DIREITO COM PLACA E SEIS PARAFUSOS. USOU ANALGÉSICOS.
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL (10%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 10/04/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM MEMBRO INFERIOR DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00