

---

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** EDIVAN BARRETO SANTANA

**Nº Sinistro:** 3180266196

**Vitima:** EDIVAN BARRETO SANTANA

**Data do Acidente:** 04/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180266196**.

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**



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Carta n°: 12993468

A/C: EDIVAN BARRETO SANTANA

Nº Sinistro: 3180266196  
Vitima: EDIVAN BARRETO SANTANA  
Data do Acidente: 04/04/2017  
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: EDIVAN BARRETO SANTANA

Valor: R\$ 2.649,40

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 0000092561-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	88,70
Juros:	R\$	29,45
Total creditado:	R\$	2.649,40

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

Graduação: Em grau intenso 75%

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

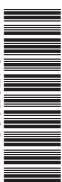
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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, 07 de Agosto de 2018

Carta n°: 13202089

A/C: EDIVAN BARRETO SANTANA

Nº Sinistro: 3180266196  
Vitima: EDIVAN BARRETO SANTANA  
Data do Acidente: 04/04/2017  
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: EDIVAN BARRETO SANTANA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 0000092561-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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**



# 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: 01/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVAN BARRETO SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 00000092561-9

---

Nr. da Autenticação CC27C0DD10C4D381

# 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: 15/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.649,40

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDIVAN BARRETO SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 00000092561-9

---

Nr. da Autenticação 2D9C487F99874A4C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180266196      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIVAN BARRETO SANTANA      **Data do acidente:** 04/04/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE TORNозELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE SEVERA DE TORNозELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** TORNозELO 75%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180266196      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDIVAN BARRETO SANTANA      **Data do acidente:** 04/04/2017      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DISTAL (TORNOZELO) BIMALEOLAR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL E MEDIAL DA Perna E MALÉOLOS, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PRESENÇA DE DOR, EDEMA DE MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO TOTAL NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO (ARTRODESE).  
 ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 00° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 20°)  
 ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 05° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 45°)

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO TOTAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**