



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10313372

A/C: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170016257 ASL-0001673/17
Vitima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 14/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO COSTA MENDONCA

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.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.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, 18 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10370522

A/C: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170016257 ASL-0001673/17
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 14/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO COSTA MENDONCA

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: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000000060

Conta: 0000028577-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2017

Carta nº: 10629978

A/C: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170016257 ASL-0001673/17
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 14/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO COSTA MENDONCA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10757891

A/C: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Sinistro: 3170016257 ASL-0001673/17
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS
Data Acidente: 14/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO COSTA MENDONCA

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: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 680,40

Banco: 104

Agência: 000000060

Conta: 0000028577-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	680,40

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

Graduação: Complemento por reanálise 7.2%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.2% de 70%) 5,04%

Valor a indenizar: 5,04% x 13.500,00 =	R\$	680,40
--	-----	--------

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170016257 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA EXISTENTE nº 183 - CONJUNTO PAULO AMARAL - ESTANCIA/SE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 33441987 - SSP**
Data local do exame: **22/03/2017 ARACAJU/SE**

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)

FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL À ESQUERDA.

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?

☒ 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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACAS E PARAFUSOS NA FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E PARAFUSO NA FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ; EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO COM MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA E LATERAL DO TORNOZELO (MALÉOLO), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE DOR, E EDEMA DE MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ. ÂNGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 0° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 20°) ÂNGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 06° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 45°).

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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(*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem seqüela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

SE - ARACAJU, 22/03/2017

Médico Perito: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM:1827/SE/SE

Mansel Otacilio Nascimento Junior
Mansel Otacilio N. Junior
Clinica e Auditoria Médica
CRM 1827

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170016257 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM TIBIA E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A VITIMA JA RECEBEU 50% PELO MEMBRO INFERIOR E 50% PELO TORNOZELO

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170016257 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM TÍBIA E MALÉOLO LATERAL ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50% + TORNOZELO 50%

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170016257 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACAS E PARAFUSOS NA FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E PARAFUSO NA FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ; EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO COM MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA E LATERAL DO TORNOZELO (MALÉOLO), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE DOR, E EDEMA DE MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 0° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 20°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 06° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 45°).

Sequelas permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2017

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR OUTRA PRESTADORA NO VALOR DE R\$ 6.412,50 ,REFERENTE A 50% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E 50% DO TORNOZELO ESQUERDO.

NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827/SE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

