

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS FELICIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180361424

Vitima: LUCAS FELICIANO DA SILVA

Data do Acidente: 15/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361424**.

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 13206629



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS FELICIANO DA SILVA

Sinistro: 3180361424  
Vítima: LUCAS FELICIANO DA SILVA  
Data do Acidente: 15/11/2015  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARCILIA CONSTANTINO DE QUEIROZ

**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 3180361424** 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**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180361424 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCAS FELICIANO DA SILVA **Data do acidente:** 15/11/2015 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO. ROTURA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NO PÉ DIREITO COM PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NA REGIÃO LATERAL E MEDIAL DO RETRO-PÉ E CICATRIZ HIPERTRÓFICA NO DORSO DO PÉ. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO E DA EXTENSÃO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS. MARCHA CLAUDICANTE.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA SEM FIXAÇÃO DA FRATURA EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ALTA COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**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: **3180361424**

Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS FELICIANO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**TR RAIMUNDO CAMPINA, 130 - TAMATANDUBA - Eusébio - CE - CEP 61760-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2008018241-5**

Data e local do acidente: [ **15/11/2015** ] **AQUIRAZ, CE.**

Data e local do exame: [ **20/08/2018** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO DIREITO. ROTURA DE TENDÕES EXTENSORES DO PÉ DIREITO**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE NO PÉ DIREITO COM PROTUBERÂNCIA ÓSSEA NA REGIÃO LATERAL E MEDIAL DO RETRO-PÉ E CICATRIZ HIPERTRÓFICA NO DORSO DO PÉ. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DO TORNZELO E DA EXTENSÃO DOS 2º E 3º DEDOS. MARCHA CLAUDICANTE.**

**III.** Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DESBRIDAMENTO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA SEM FIXAÇÃO DA FRATURA EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ALTA COM SEQUELA**

**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 pé direito**

**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):

**Pé direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

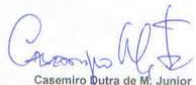
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Casemiro Dutra de M. Junior  
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE