
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

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),

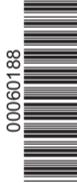
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180361424** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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 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 EVOLUÍU 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 TORNOZELO E DA EXTENSÃO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS. MARCHA CLAUDICANTE.

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

[**X**] 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)?

[**X**] 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Pé direito

% 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

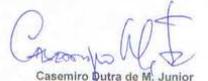
Região Corporal (Sequela):

% 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.



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

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE