

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11285669

A/C: MIGUEL HUGO DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170370087 ASL-0258403/17

Vitima: MIGUEL HUGO DE SOUZA

Data Acidente: 24/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta n°: 11382402

A/C: MIGUEL HUGO DE SOUZA

Sinistro: 3170370087 ASL-0258403/17
Vitima: MIGUEL HUGO DE SOUZA
Data Acidente: 24/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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: MIGUEL HUGO DE SOUZA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000069723-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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 Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Miguel Hugo de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Presidente Sarmento, 1958
Alecrim Natal RN CEP: 59037-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / RN] 802427
Data local do exame: [18/07/2017] Natal [RN]

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)

PÉ DIREITO (FRATURA BIMALEOLAR)

LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM RETROPÉ COM RIGIDEZ E ALARGAMENTO

- 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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- 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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

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

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, RX, TRATAMENTO CIRÚRGICO

Data da alta: ALTA APÓS 120 DIAS

OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

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

Sim Não

Existindo sequela(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.

LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM RETROPÉ COM RIGIDEZ E ALARGAMENTO

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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 sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de

"Exame não permite conclusão"

trânsito que não sejam suscetíveis de amenização

Vide motivo do impedimento no campo das observações

proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Elson Miranda

Ortopedista

CRM/RN 6301 TEOT 13807

Elson Miranda

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: 21/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIGUEL HUGO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 00000069723-8

Nr. da Autenticação 11928721FEECF94A

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170370087 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL HUGO DE SOUZA **Data do acidente:** 24/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR (PÉ DIREITO).

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM RETROPÉ COM RIGIDEZ E ALARGAMENTO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

UF do CRM do médico: RN

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

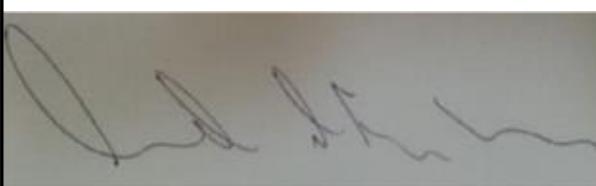
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170370087 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL HUGO DE SOUZA **Data do acidente:** 24/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

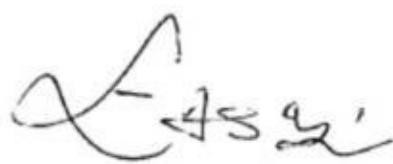
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170370087 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIGUEL HUGO DE SOUZA **Data do acidente:** 24/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR (PÉ DIREITO).

Descrição do exame LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM RETROPÉ COM RIGIDEZ E ALARGAMENTO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Elson Jose dos Santos Miranda

CRM do médico: 6301

UF do CRM do médico: RN

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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

