

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180179026**

Vitima: **LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **14/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MICHELLE ARRUDA FALCAO NUNES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180179026**.

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 12697721



Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13012032

A/C: LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180210112
Vítima: LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 14/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MICHELLE ARRUDA FALCAO NUNES

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: LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004682

Conta: 000007113-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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.

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

Número do Sinistro: 3180210112
Nome do(a) Examinado(a): Leila Angelica Xavier Vieira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Lidia Alves Cavalcante, 1138
Pq Santo Antonio Itaitinga CE CEP: 61880-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20090483302
Data local do acidente: [14/01/2018]
Data local do exame: [14/06/2018] Fortaleza [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA

Complicações: SEM

Data da Alta: 15/04/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL ANTERIOR E LATERAL DO TORNOZELO, EDEMA 1+/4+, CLAUDICAÇÃO, HIPOTROFIA DA PERNA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, LIMITAÇÃO MODERADA A SEVERA DA DORSIFLEXÃO, DA EVERSÃO E INVERSÃO DO TORNOZELO

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFICIT FUNCIONAL SEVERO EM TORNOZELO ESQUERDO, PELA LIMITAÇÃO MOVIMENTOS, EDEMA, HIPOTROFIA MUSCULAR, DIMINUIÇÃO DA FORÇA E CLAUDICAÇÃO

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 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"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

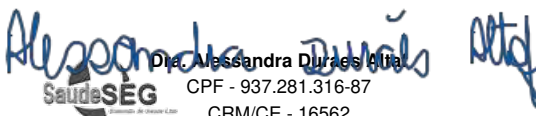
% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG
CPF - 937.281.316-87
CRM/CE - 16562

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: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04682

CONTA: 000000007113-9

Nr. da Autenticação F9D8AFA9C557690C

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180210112 **Cidade:** Itaitinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEILA ANGELICA XAVIER VIEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL ANTERIOR E LATERAL DO TORNOZELO, EDEMA 1+/4+, CLAUDICAÇÃO, HIPOTROFIA DA PERNA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, LIMITAÇÃO MODERADA A SEVERA DA DORSIFLEXÃO, DA EVERSÃO E INVERSÃO DO TORNOZELO

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM BOA CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Alessandra Duraes Altaf

CRM do médico: 16562

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

