

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

**Nº Sinistro:** 3180108432

**Vitima:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

**Data do Acidente:** 24/06/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180108432**.

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](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**

Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

**Sinistro:** 3180108432

**Vítima:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

**Data do Acidente:** 24/06/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

**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 3180108432** 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**



Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Carta n°: 12587962

A/C: GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

**Nº Sinistro:** 3180108432  
**Vitima:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO  
**Data do Acidente:** 24/06/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ALEXANDRA CESAR DUARTE

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: GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000028490-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

# 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: 22/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000028490-9

---

Nr. da Autenticação C031B3A7658E7951

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180108432      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO      **Data do acidente:** 24/06/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame** VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA  
**médico pericial:** DISCRETA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180108432      **Cidade:** Sapé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO      **Data do acidente:** 24/06/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE Perna ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**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: **3180108432**

Nome do(a) Examinado(a): **GABRIEL SALVIANO DE ARAUJO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Iválcio de Lacerda Lima, 574 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58057-315**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **4242892**

Data e local do acidente: [ **24/06/2016** ] **SAPE-PB**

Data e local do exame: [ **19/03/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO.**

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

**VÍTIMA REFERE DOR AOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DISCRETA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**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 tornozelo esquerdo**

**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  
susceptíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)





## Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% 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.

Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB