

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO

Sinistro: 3180421044
Vítima: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO
Data do Acidente: 16/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180421044** 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



**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

Sinistro: **3180421044**
Nome do(a) Examinado(a): **ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA MANOEL DUTRA DE SOUZA nº 68 - CENTRO - JUCURUTU/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 002735053 - SSP**
Data e local do acidente: **16/04/2018 JUCURUTU/RN**
Data e local do exame: **01/10/2018 CAICO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura exposta do terceiro dedo da mão direita.

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

foi tratado cirurgicamente com colocação de fio de fixação da fratura, foi necessário fazer uma nova cirurgia após a retirada do fio por falta de consolidação do foco de fratura. de alta médica.

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

terceiro dedo da mão direita com deformidade devido a desvio lateral do eixo. bloqueio dos movimentos de flexão do dedo e diminuição da força.

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

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

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

déficit funcional acentuado do terceiro dedo da mão direita

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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **terceiro dedo da mão direita**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: SILVIO SANTOS CRM:757RN/RN


DR. SILVIO SANTOS
Cirurgião Geral - CRM 757
CPF: 056.174.366-15

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO

Nº Sinistro: 3180421044

Vitima: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180421044**.

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 13379242



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180421044 **Cidade:** Jucurutu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do terceiro dedo da mão direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional acentuado do terceiro dedo da mão direita

Resultados terapêuticos: foi tratado cirurgicamente com colocação de fio de fixação da fratura, foi necessário fazer uma nova cirurgia após a retirada do fio por falta de consolidação do foco de fratura. de alta médica.
terceiro dedo da mão direita com deformidade devido a desvio lateral do eixo. bloqueio dos movimentos de flexão do dedo e diminuição da força

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: SILVIO SANTOS

CRM do médico: 757RN

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO

103.926.694-04

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO

CPF titular da conta

103.926.694-04

Profissão

MOTOTAXISTA

Endereço

RUA MANOEL RIBEIRO DO SOUZA

Número 68

Complemento

Bairro

CENTRO

Cidade

LUZURUVU

Estado

BR

CEP

59.330-000

Email

lucianojunior@yahoo.com.br

Telefone (DDD)

(84) 99969-4356

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANCO DO BRASIL

NRO

001

AGÊNCIA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.

(Informar dígito se existir)

D/V

AGÊNCIA

NRO.

1085

D/V

5

CONTA

NRO.

15.702

D/V

3

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

LUZURUVU/BR, 20 de AGOSTO de 2018

Local e Data

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO



Ourocard
International



4001 6393 7887 7167

(100)

GOOD
THRU

07/21

ABRAAO S SILVA FH
1085-5 15.702-3

VISA

Electron

Electronic use only / Apenas uso eletrônico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180421044 **Cidade:** Jucurutu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180421044 **Cidade:** Jucurutu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura exposta do terceiro dedo da mão direita.

Descrição do exame médico pericial: déficit funcional acentuado do terceiro dedo da mão direita

Resultados terapêuticos: foi tratado cirurgicamente com colocação de fio de fixação da fratura, foi necessário fazer uma nova cirurgia após a retirada do fio por falta de consolidação do foco de fratura. de alta médica.
terceiro dedo da mão direita com deformidade devido a desvio lateral do eixo. bloqueio dos movimentos de flexão do dedo e diminuição da força

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 3º QUIRODACTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: SILVIO SANTOS

CRM do médico: 757RN

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes