

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](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**



**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 apos 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. Nexo 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**

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela):

Região Corporal(Sequela):

10%  25%  50%  75%  100%

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  
CRM/RN: 757  
CPP: 058.178.566-18

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**



# 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 apos 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>Total</b>			<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## PRESTADOR

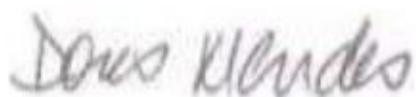
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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 Dra. Manoel VIEIRA Da SOUTA		Número 68	Complemento
Bairro Centro	Cidade SUCURU	Estado RN	CEP 59.330-000
Email leosouzajunior@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**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
BANCO DO BRASIL			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1085	S	15.702	3
(Informar dígito se existir)		(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.

14/08/2018 de Agosto de 2018  
Local e Data

+ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO



# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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 apos 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
		<b>Total</b>	<b>7,5 %</b>	<b>R\$ 1.012,50</b>

## 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:**

