

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA**

Sinistro: **3180443217**  
Vítima: **MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA**  
Data do Acidente: **03/08/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **RONILSON FERNANDES DA SILVA**

**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 3180443217** 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: **3180443217**  
Nome do(a) Examinado(a): **MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DRA MARIA ZILDA DA SILVA nº 154 - RITA DE CASSIA - BOM JESUS/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 33362086 - SSP**  
Data e local do acidente: **03/08/2018 BOM JESUS/RN**  
Data e local do exame: **09/11/2018 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE PUNHO DIREITO**

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

**VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL, FIXAÇÃO COM PLACA T E 4 PARAFUSOS, SENDO IMOBILIZADO COM TALA LUVA, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR.**

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

**LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO**

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:

**SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM PUNHO DIREITO EM GRAU MÉDIO**

**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): **PUNHO DIREITO**

☐ 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 CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -**

**Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN**



**Dr. Dauri Filho**  
Clínico Geral  
CRM 7547

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180389358 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA 1/3 DISTAL DE RÁDIO DE DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
VÍTIMA EM TRATAMENTO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS PRESENTES NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. VÍTIMA EM TRATAMENTO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA, CONFORME MÉDICO JESSE DE MOURA L. NETO, 05/08/2018

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180389358 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 11/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. VÍTIMA EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** VÍTIMA EM TRATAMENTO, LESÃO RECENTE EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Talita Fonseca Medeiros*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180443217 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 10/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180443217 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 11/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO DISTAL DE RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD


**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180443217 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM PUNHO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL, FIXAÇÃO COM PLACA T E 4 PARAFUSOS, SENDO IMOBILIZADO COM TALA LUVA, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR. LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

**CRM do médico:** 7547

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180443217 **Cidade:** Bom Jesus **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** SEQUELA ANATOMOFUNCIONAL EM PUNHO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA FOI SUBMETIDA A CIRURGIA PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO RÁDIO DISTAL, FIXAÇÃO COM PLACA T E 4 PARAFUSOS, SENDO IMOBILIZADO COM TALA LUVA, SENDO TRATADO COM ANALGÉSICOS E ANTI-FLAMATÓRIOS, RECEBENDO ALTA SEM APRESENTAR INFECÇÃO HOSPITALAR. LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

**CRM do médico:** 7547

**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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# 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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAXIMILIANO BARBOSA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000053961-6

---

Nr. da Autenticação 74E3791CEAE579FB