

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2017

Carta nº: 11421583

A/C: ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170416142 ASL-0289784/17  
**Vitima:** ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA  
**Data Acidente:** 30/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MICARLA SOARES DE LIMA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11440993

A/C: ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

**Sinistro:** 3170416142 ASL-0289784/17  
**Vítima:** ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA  
**Data Acidente:** 30/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MICARLA SOARES DE LIMA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11526220

A/C: ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

Sinistro: 3170416142 ASL-0289784/17  
Vítima: ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA  
Data Acidente: 30/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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: ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000002044

Conta: 0000092392-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): Alana Beatriz Lima da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Potiguassu, 222 A  
Felipe Camarao Natal RN CEP: 59074-080  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 2979275  
Data local do exame: [ 11/08/2017 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**LUXAÇÃO DE IFP DE 5º DEDO A DIREITA.**  
**DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO NO 5º DEDO A DIREITA, SEM DESVIO ROTACIONAL, DISCRETO EDEMA LOCAL.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
(X) Sim ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE FOI ATENDIDA EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E REALIZADO REDUÇÃO DE LUXAÇÃO NA IFP DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.**  
**Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 2 MESES.**  
**REALIZADO REDUÇÃO DE LUXAÇÃO NA IFP DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS.**  
**Complicações: NÃO APRESENTOU.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
(X) Sim ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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"                                 | ( ) "Sem sequela permanente"  |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i>     | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"                          |   |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| <b>5º DEDO DA MÃO - Direito</b>                 |   |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| (X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):                      | Região Corporal (Sequela):                      |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve        |
| ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | ( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
**Dr. Urai de Oliveira**  
CPF - 662.855.349-34  
CRM/RN - 4315



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170416142 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 30/04/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/08/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MÃO E OMBRO DIREITOS

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170416142 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALANA BEATRIZ LIMA DA SILVA **Data do acidente:** 30/04/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE IFP DE 5º DEDO A DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO NO 5º DEDO A DIREITA, SEM DESVIO ROTACIONAL, DISCRETO EDEMA LOCAL.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO REDUÇÃO DE LUXAÇÃO NA IFP DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**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 médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**