

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170646966

Vitima: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170646966**.

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 12091806



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12243088

A/C: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170646966  
Vítima: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 07/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 00000072922-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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).

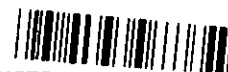
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 <b>060.332.843-13</b>	Nome completo da vítima <b>ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA</b>
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL				
Nome completo <b>ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA</b>		CPF titular da conta <b>060.332.843-13</b>	Profissão <b>ESTUDANTE</b>	
Endereço <b>RUA CAMÉLIA</b>		Número <b>356</b>	Complemento	
Bairro <b>CRISTO REDEUTOR</b>	Cidade <b>FORTALEZA</b>	Estado <b>CE</b>	CEP <b>60337-380</b>	
Email			Telefone (DDD)	
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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		
<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\$ 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____		
AGÊNCIA NRO. <b>1035</b> D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <b>072922</b> D/V <b>7</b> (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.

FORTALEZA, 01 de DEZEMBRO de 2017

Local e Data

Isaac dos Santos de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# 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: 10/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.737,50

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

CLIENTE: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000072922-7

---

Nr. da Autenticação 1398F1077C32C233

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170646966 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 04/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura exposta de pé esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170646966 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 5 metacarpo esquerdo. Fratura do 2 e 3 metatarso esquerdo

**Descrição do exame médico pericial:** Cicatriz irregular no dorso do pé esquerdo. Limitação moderada dos movimentos dos pododáctilos. Calosidade óssea ao nível do 5 metacarpo esquerdo com diminuição de força de preensão palmar associada a limitação leve de movimentos

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixação metálica no pé e conservador com imobilização com tala gessada da mão. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial da mobilidade da mão por lesão tendinosa e bloqueio articular provocando comprometimento funcional com diminuição da força de preensão palmar e hipotrofia muscular. Perda parcial da mobilidade do pé esquerdo causada pela lesão tendinosa e bloqueio articular

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão esquerda e pé esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Greive Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			42,5 %	R\$ 5.737,50

**PRESTADOR**

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Nome do(a) Examinado(a):** ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA  
**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA CAMÉLIA, 156 - FORTALEZA/CE - CEP 60337-380  
**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2007010202496 - SSP - 11/06/2007  
**Data e Local do Exame :** 08/01/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

**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)**

Diagnóstico:

FX DO 5º MTC ESQUERDO  
FX DE 2º E 3º MTT ESQUERDOS

Exame Físico:

CICATRIZ IRREGULAR NO DORSO DO PÉ ESQUERDO, INSTABILIDADE POSTURAL E LIMITAÇÃO MODERADA DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS;  
CALOSIDADE ÓSSEA AO NÍVEL DO 5º MTC, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR ASSOCIADO A LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS E HIPOTROFIA MUSCULAR.

**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?** ☒ Sim ☐ Não

**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?** ☒ Sim ☐ Não

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NA MÃO E NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO, REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA NO PÉ E IMOBILIZAÇÃO DA MÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO COM TALA PARA A MÃO E FISIOTERAPIA (15SS).



**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.**

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DA MÃO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E HIPOTROFIA MUSCULAR;

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO PÉ PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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 suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) “Exame não permite conclusão”

**b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MÃO ESQUERDA

% do Dano ( ) 10% residual (X) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

PÉ ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

Região Corporal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 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.**

  
Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050