

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**

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12243088

A/C: ISAAC DO SANTOS DE OLIVEIRA

**Nº Sinistro:** 3170646966  
**Vitima:** 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:

|                         |     |                 |
|-------------------------|-----|-----------------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>     |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>5.737,50</b> |

**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

Nome completo da vítima

060.332.843-13

ISAAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|               |                             |                      |                |                |           |
|---------------|-----------------------------|----------------------|----------------|----------------|-----------|
| Nome completo | ISAC DOS SANTOS DE OLIVEIRA | CPF titular da conta | 060.332.843-13 | Profissão      | ESTUDANTE |
| Endereço      | RUA CAHÉLLIA                | Número               | 356            | Complemento    |           |
| Bairro        | CRISTO REDENTOR             | Cidade               | FORTALEZA      | Estado         | CE        |
| Email         |                             |                      |                | CEP            | 60337380  |
|               |                             |                      |                | 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"/> RECUZO INFORMAR    | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input 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"/> 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 \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

JO35 (Informar dígito se existir) 012922 (Informar dígito se existir) 7

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

(Inform

# 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: 00000072922-7

---

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          |
| <b>Total</b>                             |  |  | <b>42,5 %</b> | <b>R\$ 5.737,50</b>   |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucia de Fátima Cahino da Costa Hime'.

**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  
Médica - CRM 6081