
Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11148609

A/C: FATIMA SILVA DA COSTA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170317062 ASL-0216694/17

Vitima: **FATIMA SILVA DA COSTA**

Data Acidente: **15/03/2017**

Natureza: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCA KEROENE MARQUES ALVES**

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, 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, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

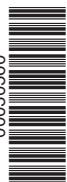
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta n°: 11228214

A/C: FATIMA SILVA DA COSTA

Sinistro: 3170317062 ASL-0216694/17
Vitima: FATIMA SILVA DA COSTA
Data Acidente: 15/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA KEROENE MARQUES ALVES

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: FATIMA SILVA DA COSTA

Valor: R\$ 6.075,00

Banco: 104

Agência: 000001961

Conta: 0000010703-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.075,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 100%

% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.

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

Nome do(a) Examinado(a): Fatima Silva da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 32, 210
Conjunto Jereissati I Maracanaú CE CEP: 61910-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 92002025428
Data local do exame: [22/06/2017] 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)

FX DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO

AMPUTAÇÃO DO 4º PDD DIREITO

DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO; PERDA ANATÔMICA DO 4º PDD DIREITO

- 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

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?

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.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO PUNHO E AMPUTAÇÃO DO 4º PDD. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUZO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO; PERDA ANATÔMICA DO 4º PDD DIREITO

Data da alta: JUN/2017

REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FX DO PUNHO. REPARAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 4º PDD. FEZ FISIOTERAPIA (30SS). APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MÉMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO; PERDA ANATÔMICA DO 4º PDD DIREITO

Complicações: SEM

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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 DO PUNHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR, GERANDO UM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL NO MEMBRO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO, PERDA ANATÔMICA DO 4º PDD DIREITO

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"

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"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo

4º DEDO DO PÉ - Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

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. Cleonilas Cavalcante
MEDICO - CREMEC 9050

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: 26/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.075,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FATIMA SILVA DA COSTA

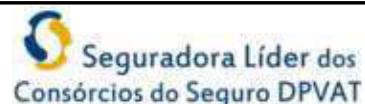
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01961

CONTA: 000000010703-4

Nr. da Autenticação A1D4840D001DAA0B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170317062 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FATIMA SILVA DA COSTA **Data do acidente:** 15/03/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO.
AMPUTAÇÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO; PERDA ANATÔMICA DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO PUNHO. REPARAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO DO 4º PODODÁCTILO DIREITO. FEZ FISIOTERAPIA (30SS).

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSE.
LIMITAÇÃO ANATÔMICA TOTAL DO 4º PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/06/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas 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 um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			45 %	R\$ 6.075,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: