

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LILIA MOEMA REZENDE SANTANA**

Nº Sinistro: **3180097055**

Vitima: **LILIA MOEMA REZENDE SANTANA**

Data do Acidente: **21/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180097055**.

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 12452643



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2018

Carta nº: 12658825

A/C: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

Nº Sinistro: 3180097055  
Vítima: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA  
Data do Acidente: 21/09/2016  
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: LILIA MOEMA REZENDE SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001559

Conta: 00000701041-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180097055 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIA MOEMA REZENDE SANTANA **Data do acidente:** 21/09/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal de rádio direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame físico, apresenta limitação da capacidade de flexão em 40°, extensão em 35° e desvio radial em 10° do punho direito, prejudicando a amplitude de movimento do segmento. Apresenta trofismo mantido em membro superior, sem prejuízo de força motora, bem como manutenção de força de preensão palmar em grau máximo, de modo que a lesão fica restrita ao segmento.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura distal de rádio direito, bem como restrição severa da mobilidade do punho direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese metálica com colocação de placa e parafusos e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no punho direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial e incompleta em punho direito (grau médio) devido à redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mateus de Holanda Carvalho

**CRM do médico:** 8581

**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 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**

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**

