

---

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11679081

A/C: MARCOS GRACIANO DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170501825 ASL-0357045/17

**Vitima:** MARCOS GRACIANO DA SILVA

**Data Acidente:** 15/05/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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 inicio 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,



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Carta n°: 12689670

A/C: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180054307  
Vitima: MARCOS GRACIANO DA SILVA  
Data do Acidente: 15/05/2017  
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: MARCOS GRACIANO DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010015439-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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**



**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

Sinistro: **3180054307**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS GRACIANO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CHA DE LIMA nº 50 - ZONA RURAL - MACHADOS/PE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9165327 - SSP**

Data e local do acidente: **15/05/2017 ESCADA/PE**

Data e local do exame: **11/04/2018 CARUARU/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL COM FIXADOR EXTERNO APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU DURANTE O TRATAMENTO COM INFECÇÃO NO MOMENTO DEBELADA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**DIMINUIÇÃO DISCRETA NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO RESIDUAL**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES CRM:18568/PE**

  
Dr. Thiago Pedro de A. Alves  
MÉDICO  
CRM 18568

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MARCOS GRACIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010015439-5

---

Nr. da Autenticação BAC0393882CEAD2F

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180054307      **Cidade:** Escada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS GRACIANO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/05/2017      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO DIREITO RESIDUAL.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO COM LUXAÇÃO RADIO CARPAL COM FIXADOR EXTERNO APRESENTANDO CONSOLIDAÇÃO. REALIZOU FISIOTERAPIA. EVOLUIU DURANTE O TRATAMENTO COM INFECÇÃO NO MOMENTO DEBELADA. DIMINUIÇÃO DISCRETA NA AMPLITUDE DE FLEXO-EXTENSÃO E DE PRONO-SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** THIAGO PEDRO DE ARAUJO ALVES

**CRM do médico:** 18568

**UF do CRM do médico:** PE

## 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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**