
Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON ROSA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180201106**
Vitima: **EDSON ROSA DA SILVA**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FRANCISCO JOSE PEREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180201106**.

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, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON ROSA DA SILVA**

Sinistro: **3180201106**

Vítima: **EDSON ROSA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO JOSE PEREIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180201106** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 05 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDSON ROSA DA SILVA**

Sinistro: **3180201106**

Vítima: **EDSON ROSA DA SILVA**

Data do Acidente: **22/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO JOSE PEREIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180201106** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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, 27 de Junho de 2018

Carta n°: 13017808

A/C: EDSON ROSA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180201106
Vitima: EDSON ROSA DA SILVA
Data do Acidente: 22/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO JOSE PEREIRA

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: EDSON ROSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002582-8

Conta: 000010050729-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% 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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 21/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON ROSA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02582-8

CONTA: 000010050729-8

Nr. da Autenticação 67FDBE83D352B919

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180201106 **Cidade:** Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3º e 4º metacarpos esquerdos.

Descrição do exame médico pericial: Relata dor aos movimentos da mão esquerda. Ao exame, apresenta edema e deformidade local. Diminuição da força muscular. Limitação dos movimentos de flexo-extensão dos 3º e 4º quirodáctilos esquerdos.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada em mão esquerda por 60 dias. Evoluiu com dor constante e fazendo fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Jares de Queiroz Silva

CRM do médico: 2245

UF do CRM do médico: RN

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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.

Número do Sinistro: **3180201106**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON ROSA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

POVOADO COMISSARIO, 200 - ZONA RURAL - Serrinha dos Pintos - RN - CEP 59808-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002798240**

Data e local do acidente: [**22/08/2017**] **BR na cidade de serrinha dos pintos RN**

Data e local do exame: [**08/06/2018**] **Caicó [RN]**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do 3º e 4º metacarpos esquerdos.

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

A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada em mão esquerda por 60 dias. Evoluiu com dor constante e fazendo fisioterapia.

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

Relata dor aos movimentos da mão esquerda. Ao exame, apresenta edema e deformidade local. Diminuição da força muscular. Limitação dos movimentos de flexo-extensão dos 3º e 4º quirodáctilos esquerdos.

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

[**X**] Sim [] Não

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 3º quirodáctilo esquerdo

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"

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)

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

Região Corporal (Sequela):

3º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

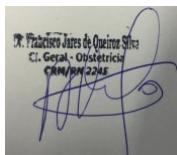
4º quirodáctilo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Francisco Jares de Queiroz Silva - CRM: 2245 - RN

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180201106 **Cidade:** Martins **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: