

---

**Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190362990**

**Vítima: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190362990**

**Vítima: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190387840**

**Vítima: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190387840                      Vítima: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA

Data do Acidente: 07/04/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190387840**

**Vítima: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

**Data do Acidente: 07/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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 completo 10%

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

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

Recebedor: **GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **3836**

Conta: **000008929-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190387840  
Nome do(a) Examinado(a): Genivaldo Pereira de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Doutor Jose da Silva Ribeiro Filho, 325  
America Aracaju SE CEP: 49080-180  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 952 403  
Data local do acidente: [ 07/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 10/07/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM LIMPEZA EXAUSTIVA DO FERIMENTO, REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EXPOSTA DO 3º QUIRODÁCTILO E SUTURA DO FERIMENTO**

**Complicações: BLOQUEIO TOTAL NO 3º QUIRODÁCTILO COM PERDA DOS MOVIMENTOS**

**Data da Alta: 08/04/2019**

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

**NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+/-5), DOR NA MÃO E 3º QUIRODÁCTILO EVIDENCIADO A MOVIMENTAÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DO 3º QUIRODÁCTILO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA FALANGE PROXIMAL E ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA DO 3º QUIRODÁCTILO (CALO ÓSSEO), DOR E BLOQUEIO TOTAL NO 3º QUIRODÁCTILO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO (DEDO EM MARTELO).**

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

☒ (X) Sim      ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim      ☐ ( ) Não

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

**PERDA TOTAL DA FUNÇÃO 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 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)

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

Região Corporal (Sequela):

**3º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☒ (X) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827

# 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: 12/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03836

CONTA: 000000008929-5

---

Nr. da Autenticação 0288B19A3F24761E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190387840

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA

**Data do acidente:** 07/04/2019

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+/+5), DOR NA MÃO E 3º QUIRODÁCTILO EVIDENCIADO A MOVIMENTAÇÃO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DO 3º QUIRODÁCTILO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA FALANGE PROXIMAL E ARTICULAÇÃO METACARPO FALANGEANA DO 3º QUIRODÁCTILO (CALO ÓSSEO), DOR E BLOQUEIO TOTAL NO 3º QUIRODÁCTILO, PERDA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 3º QUIRODÁCTILO (DEDO EM MARTELO).

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190387840 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(LIMPEZA CIRÚRGICA P.4).ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190387840 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 01/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(LIMPEZA CIRÚRGICA P.4).ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** & @P.1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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 leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362990 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVALDO PEREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 06/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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