

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2017

Carta nº: 10686241

A/C: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170150182 ASL-0102166/17  
**Vítima:** JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA  
**Data Acidente:** 16/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE AGUINALDO DO NASCIMENTO BARBOSA

**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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2017

Carta nº: 10698090

A/C: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA

**Sinistro:** 3170150182 ASL-0102166/17  
**Vítima:** JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA  
**Data Acidente:** 16/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE AGUINALDO DO NASCIMENTO BARBOSA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2017

Carta nº: 11003843

A/C: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170150182 ASL-0102166/17

Vitima: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA

Data Acidente: 16/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE AGUINALDO DO NASCIMENTO BARBOSA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **16/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2017

Carta nº: 11175372

A/C: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA

Sinistro: 3170150182 ASL-0102166/17  
Vítima: JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA  
Data Acidente: 16/10/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE AGUINALDO DO NASCIMENTO BARBOSA

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: **JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA**

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

Banco: **001**

Agência: **000002318-3**

Conta: **0000012262-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170150182 **Cidade:** Santo Antônio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA **Data do acidente:** 16/10/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE CRANIO FACIAL E TORAX E BACIA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

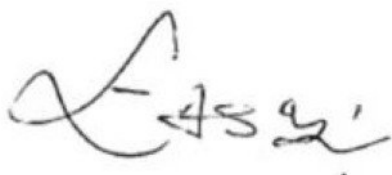
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170150182 **Cidade:** Santo Antônio **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA **Data do acidente:** 16/10/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Ferimento extenso na panturrilha esquerda.  
Fratura do ramo direito da mandíbula.  
Traumatismo craniano sem acometimento encefálico.

**Descrição do exame médico pericial:** Dor e discreto edema na perna esquerda sem dano da marcha ou mobilidade das articulações.  
Dor na região da mandíbula com dificuldade na mastigação.  
Cefaleia pós trauma.

**Resultados terapêuticos:** Realizado limpeza e reparo cirúrgico de ferimento na panturrilha esquerda.  
Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura da mandíbula.  
Realizado tratamento conservador de traumatismo craniano.  
Alta em abril de 2017.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LESÕES CRANEO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

**CRM do médico:** 3940

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

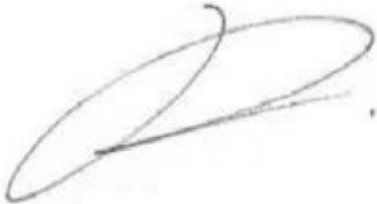
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# 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

Sinistro: **3170150182 - 2**  
Nome do(a) Examinado(a): **JOSUE DO NASCIMENTO BARBOSA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DO ARISCO nº 10 - CENTRO - LAGOA DE PEDRAS/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1504231 - SSP**  
Data local do exame: **07/06/2017 NATAL/RN**

### 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)

**Ferimento extenso na panturrilha esquerda.**  
**Fratura do ramo direito da mandíbula.**  
**Traumatismo craniano sem acometimento encefálico.**

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**Realizado limpeza e reparo cirúrgico de ferimento na panturrilha esquerda.**  
**Realizado osteossíntese com placa e parafusos de fratura da mandíbula.**  
**Realizado tratamento conservador de traumatismo craniano.**  
**Alta em abril de 2017.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**Dor e discreto edema na perna esquerda sem dano da marcha ou mobilidade das articulações.**  
**Dor na região da mandíbula com dificuldade na mastigação.**  
**Cefaleia pós trauma.**

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 ☐ Sem seqüela permanente

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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)

**craniofacial**

☒ 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%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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 valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**RN - NATAL, 07/06/2017**

**Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN**



*Justino Wobrega de Azeite*  
Dr. Justino Wobrega  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Quadril  
CRM 3540 1707 8970

Assinatura do perito Examinador - CRM