
Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587844

A/C: BENEDITO SOUSA NERES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170472125 ASL-0336531/17

Vitima: BENEDITO SOUSA NERES

Data Acidente: 12/06/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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, 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, 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 UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta n°: 11613236

A/C: BENEDITO SOUSA NERES

Sinistro: 3170472125 ASL-0336531/17
Vítima: BENEDITO SOUSA NERES
Data Acidente: 12/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2017

Carta n°: 11660297

A/C: BENEDITO SOUSA NERES

Sinistro: 3170472125 ASL-0336531/17
Vitima: BENEDITO SOUSA NERES
Data Acidente: 12/06/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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: BENEDITO SOUSA NERES

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 000001005360-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472125 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITO SOUSA NERES **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IRRITABILIDADE, DÉFICIT DE ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO, INCAPACIDADE
médico pericial: PARA FECHAR O OLHO DIREITO E DESVIO DE COMISSURA LABIAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, APÓS 30 DIAS DO TRAUMA, QUADRO CLÍNICO EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 11/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

CRM do médico: 10432

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

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:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472125 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITO SOUSA NERES **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170472125 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BENEDITO SOUSA NERES **Data do acidente:** 12/06/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IRRITABILIDADE, DÉFICIT DE ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO, INCAPACIDADE
médico pericial: PARA FECHAR O OLHO DIREITO E DESVIO DE COMISSURA LABIAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, APÓS 30 DIAS DO TRAUMA, QUADRO CLÍNICO EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 11/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

CRM do médico: 10432

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

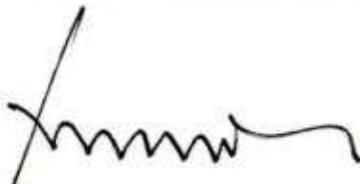
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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

Nome do(a) Examinado(a): **BENEDITO SOUSA NERES** Sinistro: **3170472125** Data: **12/06/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO CROA, SN - RURAL - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP /CE] 2000028009151**

Data local do exame: **[11/09/2017] Guaraciaba do Norte** [**CE**]

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) **TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA IRRITABILIDADE, DÉFICIT DE ATENÇÃO E CONCENTRAÇÃO, INCAPACIDADE PARA FECHAR O OLHO DIREITO E DESVIO DE COMISSURA LABIAL À ESQUERDA.**

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CONSERVADOR, APÓS 30 DIAS DO TRAUMA, QUADRO CLÍNICO EVOLUINDO COM PARALISIA FACIAL PERIFÉRICA. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(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.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

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

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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 valoração do dano corporal.



Jose Wellington Farias Melo Bezerra de Menezes - CRM: 10432 - CE