

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA
Nº Sinistro: 3180242510
Vitima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA
Data do Acidente: 11/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180242510**.

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, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Sinistro: 3180242510

Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

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 3180242510** 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, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180242510

Vitima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180242510**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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

00060655

Carta nº 12975177

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180339989

Vitima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180339989**.

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, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Sinistro: 3180339989

Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Data do Acidente: 11/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

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 3180339989** 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, 15 de Agosto de 2018

Carta n°: 13242621

A/C: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180339989
Vitima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA
Data do Acidente: 11/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: SAMANTHA DE MENDONCA E CUNHA

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: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Valor: R\$ 2.295,00

Banco: 033

Agência: 000003211

Conta: 000001099148-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.295,00

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
--	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
---	-----	--------

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



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: 09/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.295,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03211

CONTA: 00001099148-1

Nr. da Autenticação 7C8783415050238C

**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: 3180242510
Nome do(a) Examinado(a): Walteize Andrade de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Mendes Pereira, 247
Jardins São Gonçalo do Amarante RN CEP: 59293-066
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001605045
Data local do acidente: [11/11/2017]
Data local do exame: [19/06/2018] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E TRAUMA ABDOMINAL.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR ESQUERDO.

Complicações: TEVE OBSTRUÇÃO INTESTINAL E TEVE QUE REALIZAR NOVA CIRURGIA ABDOMINAL

Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO

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

EM TRATAMENTO.

IV. Nexo de causalidade: 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)

() Sim **(X) Não**

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

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 (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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):

% 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**

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.


Dr. Urai de Oliveira
CRM/RN - 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

**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: 3180339989
Nome do(a) Examinado(a): Walteize Andrade de Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Mendes Pereira, 247
Jardins São Gonçalo do Amarante RN CEP: 59293-066
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1605045
Data local do acidente: [11/11/2017]
Data local do exame: [01/08/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO.
FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO.
FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.

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

Tratamento: REALIZADO OSTEOSÍTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO SEGUIDO DE FISIOTERAPIA.
REALIZADO DRENAGEM DE TÓRAX DEVIDO A FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX.
REALIZADO OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS DE FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.
Data da Alta: 08/06/2018

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

CICATRIZES PROXIMAL E DISTAL NA COXA ESQUERDA COM DOR RESIDUAL E LEVE ATROFIA MUSCULAR. AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL NO QUADRIL E JOELHO ESQUERDO.
DOR TORÁCICA À ESQUERDA QUANDO FAZ EFORCO FÍSICO.
PARESTESIA NA REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA (LESÃO DE NERVO SENSITIVO NA FACE).
CICATRIZ LONGITUDINAL NO ABDOME (LAPAROTOMIA).

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

Sim Não

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

Sim Não

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

ATROFIA MUSCULAR LEVE NA COXA ESQUERDA.
PARESTESIA NA FACE (LESÃO DE NERVO SENSITIVO).

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180242510 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E TRAUMA ABDOMINAL.

Descrição do exame EM TRATAMENTO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: A SEREM AVALIADOS POSTERIORMENTE, VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data da perícia: 19/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

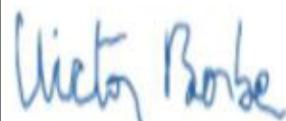
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180339989 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA **Data do acidente:** 11/11/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO.
 FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX ASSOCIADO.
 FRATURA DE MANDÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZES PROXIMAL E DISTAL NA COXA ESQUERDA COM DOR RESIDUAL E LEVE ATROFIA MUSCULAR.
 AMPLITUDE DE MOVIMENTO NORMAL NO QUADRIL E JOELHO ESQUERDO.
 DOR TORÁCICA À ESQUERDA QUANDO FAZ EFORÇO FÍSICO.
 PARESTESIA NA REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA (LESÃO DE NERVO SENSITIVO NA FACE).
 CICATRIZ LONGITUDINAL NO ABDOME (LAPAROTOMIA).

Resultados terapêuticos: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÉMUR ESQUERDO E DA FRATURA DAS COSTELAS E MANDÍBULA.
 APÓS O TRAUMA INICIAL EVOLUIU COM ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO SENDO NECESSÁRIO REALIZAR LAPAROTOMIA EXPLORADORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	17 %	R\$ 2.295,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

