

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**

Carta nº 12875357



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](http://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  
**Vítima:** 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](http://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**

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**

Carta nº 13139944



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](http://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 nº: 13242621

A/C: WALTEIZE ANDRADE DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180339989  
Vítima: 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](http://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: WALTERIZE ANDRADE DE SANTANA

BANCO: 033

AGÊNCIA: 03211

CONTA: 000001099148-1

---

Nr. da Autenticação 7C8783415050238C

**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: 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe seqüela (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 seqüela 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):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):  | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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

  
**Dr. Urai de Oliveira**  
CPF - 662.855.349-34  
CRM/RN - 4315





**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: 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 FÊMUR 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 OSTEOSSÍNTESE COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA PARA FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO  
SEGUIDO DE FISIOTERAPIA.  
REALIZADO DRENAGEM DE TÓRAX DEVIDO A FRATURA DE COSTELAS À ESQUERDA COM PNEUMOTÓRAX.  
REALIZADO OSTEOSSÍNTESE 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 ESFORÇO 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?

( 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:

**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: ( X ) 10% residual ( ) 25% leve

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

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano: ( X ) 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 médico pericial:** EM TRATAMENTO.

**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:**

Victor Borba

# 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 FÊMUR 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 ESFORÇO 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 FÊMUR 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

**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:**

