

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO CRUZ FONTES**

Nº Sinistro: **3180309967**

Vitima: **JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO**

Data do Acidente: **03/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180309967**.

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](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 13071939



Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO CRUZ FONTES**  
Nº Sinistro: **3180309967**  
Vitima: **JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO**  
Data do Acidente: **03/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180309967**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA CONCEICAO CRUZ FONTES**

Sinistro: **3180309967**

Vítima: **JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO**

Data do Acidente: **03/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180309967** 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**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO CRUZ FONTES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03865-2

CONTA: 000010008157-6

---

Nr. da Autenticação 11EAAA9B85DE7C40

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309967 **Cidade:** São Domingos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE PROXIMAL E MEDIAL DO FÊMUR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DE TODA EXTENSÃO DA COXA, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA POR DESUSO, DOR E BLOQUEIO SEVERO NO QUADRIL E LEVE NO JOELHO, CREPITAÇÃO E EDEMA DE MODERADO VOLUME NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, FÊMUR ARQUEADO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO ABDUÇÃO, ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E JOELHO  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 70° AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309967 **Cidade:** São Domingos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 20/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA EM FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

*Fernanda C. G. Fonseca*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309967 **Cidade:** São Domingos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 20/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA EM FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL EM ANEXO, DE 25/07/2018.

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309967 **Cidade:** São Domingos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE PROXIMAL E MEDIAL DO FÊMUR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DE TODA EXTENSÃO DA COXA, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA POR DESUSO, DOR E BLOQUEIO SEVERO NO QUADRIL E LEVE NO JOELHO, CREPITAÇÃO E EDEMA DE MODERADO VOLUME NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, FÊMUR ARQUEADO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO ABDUÇÃO, ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E JOELHO  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 70° AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180309967 **Cidade:** São Domingos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFERSON CRUZ FONTES DA PAIXAO **Data do acidente:** 03/08/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE PROXIMAL E MEDIAL DO FÊMUR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DE TODA EXTENSÃO DA COXA, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA POR DESUSO, DOR E BLOQUEIO SEVERO NO QUADRIL E LEVE NO JOELHO, CREPITAÇÃO E EDEMA DE MODERADO VOLUME NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, FÊMUR ARQUEADO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO ABDUÇÃO, ADUÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E JOELHO  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 70° AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 140°

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

