

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11711258

A/C: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511855 ASL-0362963/17
Vitima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA
Data Acidente: 15/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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 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, 02 de Outubro de 2017

Carta nº: 11746156

A/C: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA

Sinistro: 3170511855 ASL-0362963/17
Vítima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA
Data Acidente: 15/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11824175

A/C: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA

Sinistro: 3170511855 ASL-0362963/17
Vítima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA
Data Acidente: 15/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA

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: **WERMERSON BONIFACIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000034**

Conta: **0000052445-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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: 11/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000052445-7

Nr. da Autenticação 5A8116B902CFA162

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511855 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esquerda

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais causadas pelo trauma descrito.

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: 3170511855 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA MODERADA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO E JOELHO ESQUERDO COM EDEMA MODERADO EM 1/3 MÉDIO DISTAL DE PERNA ESQUERDA, DEAMBULANDO COM USO DE MULETAS, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, ATROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, FERIDA EXTENSA CICATRIZADA COM IRREGULARIDADE TISSULAR E DESVIOS ANGULARES AO NÍVEL DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA COM COLOCAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
DATA DA ALTA: HÁ 02 MESES.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE GRAVE DE PERNA ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2017

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU SEVERO.

Médico examinador: Ura 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
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

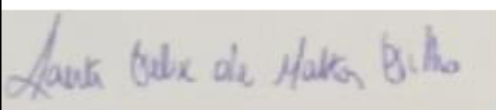
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

CRM do médico: 52.99123-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511855 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERMERSON BONIFACIO DA SILVA **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA MODERADA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO E JOELHO ESQUERDO COM EDEMA MODERADO EM 1/3 MÉDIO DISTAL DE PERNA ESQUERDA, DEAMBULANDO COM USO DE MULETAS, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, ATROFIA MODERADA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, FERIDA EXTENSA CICATRIZADA COM IRREGULARIDADE TISSULAR E DESVIOS ANGULARES AO NÍVEL DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA COM COLOCAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
DATA DA ALTA: HÁ 02 MESES.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE GRAVE DE PERNA ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/10/2017

Conduta mantida:

Observações: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU SEVERO.

Médico examinador: Ura 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
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

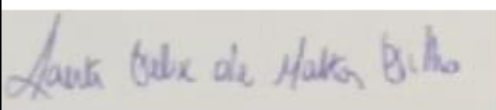
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

CRM do médico: 52.99123-6

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

Nome do(a) Examinado(a): Wermerson Bonifacio da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Miranda, 259
Felipe Camarao Natal RN CEP: 59074-020
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 8222272
Data local do exame: [06/10/2017] 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)
- FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA. APRESENTA MODERADA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO E JOELHO ESQUERDO COM EDEMA MODERADO EM 1/3 MÉDIO DISTAL DE PERNA ESQUERDA, DEAMBULANDO COM USO DE MULETAS, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, ATROFIA MODERADA DE MÚSCULATURA DE PERNA ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, FERIDA EXTENSA CICATRIZADA COM IRREGULARIDADE TISSULAR E DESVIOS ANGULARES AO NÍVEL DA PERNA 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.
- PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA COM COLOCAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO. Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 2 MESES. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PERNA ESQUERDA COM COLOCAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. Complicações: NÃO APRESENTOU.**
- 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.
- INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA ADM.**
- 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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): |
| MEMBRO INFERIOR - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo | () 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


DR. URAI DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315