

---

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11680554

A/C: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA

**Sinistro:** 3170489802 ASL-0350038/17  
**Vítima:** FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** GLEYCIANE MONALIZA SILVA DA ROCHA

**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](http://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, 05 de Outubro de 2017

Carta nº: 11770278

A/C: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA

Sinistro: 3170489802 ASL-0350038/17  
Vítima: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA  
Data Acidente: 29/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: GLEYCIANE MONALIZA SILVA DA ROCHA

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: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001859

Conta: 000005075-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2017

Carta nº: 11811325

A/C: FRANCISCA JORDANEA SANTOS BATISTA

**Sinistro:** 3170519124 ASL-0369820/17  
**Vítima:** FRANCISCA JORDANEA SANTOS BATISTA  
**Data Acidente:** 08/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** VERONICA DO NASCIMENTO SANTOS BATISTA

**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](http://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**



# 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

Sinistro: **3170519124 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA JORDANEIA SANTOS BATISTA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO BUQUEIRAO nº 41 - ZONA RURAL - ARARIPINA/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 9873924 - SSP**  
Data local do exame: **20/10/2017 JUAZEIRO 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)

#### FRATURA DOS 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 60 DIAS. NÃO FOI REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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

☒ 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.

#### EVOLUIU COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS 4º E 5º DEDOS ESQUERDOS

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

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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)

#### 4º DEDO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

#### 5º DEDO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

#### NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - JUAZEIRO DO NORTE, 20/10/2017**

**Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE**

  
Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11643009

A/C: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170489802 ASL-0350038/17  
**Vítima:** FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** GLEYCIANE MONALIZA SILVA DA ROCHA

**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](http://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](http://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**



# 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: 29/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01859

CONTA: 000000005075-5

---

Nr. da Autenticação 4F9F0C24F8289784

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170489802 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 29/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 20/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO A BDOME

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170489802 **Cidade:** Extremoz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA **Data do acidente:** 29/05/2017 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM RUTURA DE MESOCÓLON E MESENTÉRIO. TRAUMA FECHADO DE TÓRAX À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR EM ABDOME, ALTERAÇÕES DO TRÂNSITO INTESTINAL. SEM QUEIXAS AO NÍVEL DO TÓRAX. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZ CIRÚRGICA MEDIANA XIFO-PÚBICA DA LAPAROTOMIA EXPLORADORA. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA SENDO ENCONTRADO AVULSÃO DO MESOCOLO, ISQUEMIA DO DELGADO E DO COLO DIREITO E LESÃO DA 2ª E 3ª PORÇÕES DO DUODENO, SENDO REALIZADA HEMICOLECTOMIA DIREITA, RAFIA DE DELGADO, ENTEROSTOMIA E ANASTOMOSE TERMINO TERMINAL. EVOLUIU COM INFECÇÃO DO SÍTIO OPERATÓRIO SENDO ISOLADO ENTEROBACTER sp E APARECIMENTO DE ABCESSOS INTRACAVITÁRIOS, ALÉM PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL, TENDO SIDO REALIZADA NOVA LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM DRENAGEM DOS ABCESSOS INTRA-ABDOMINAL, CERCA DE 14 DIAS APÓS O PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO PERMANECIDO INTERNADO POR CERCA 21 DIAS (SIC).

**Sequelas permanentes:** Estruturas abdominais

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 abdominais 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



**PRESTADOR**

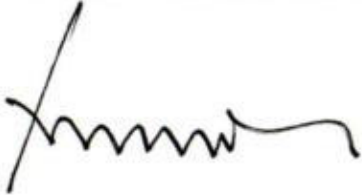
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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): **FERNANDO DIEGO GUILHERME DA SILVA** Sinistro: **3170489802** Data: **29/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CRB, 53 - CENTRAL PARQUE CLUBE - Extremoz - RN - CEP 59575-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.674.028**

Data local do exame: [ **26/09/2017** ] **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)  
**TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM RUTURA DE MESOCÓLON E MESENTÉRIO. TRAUMA FECHADO DE TÓRAX À DIREITA. . A VÍTIMA REFERE DOR EM ABDOME, ALTERAÇÕES DO TRÂNSITO INTESTINAL. SEM QUEIXAS AO NÍVEL DO TÓRAX. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE COM CICATRIZ CIRÚRGICA MEDIANA XIFO-PÚBICA DA LAPAROTOMIA EXPLORADORA. ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, SEM ALTERAÇÕES DIGNAS DE NOTA. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

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.

**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TRAUMA ABDOMINAL FECHADO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA SENDO ENCONTRADO AVULSÃO DO MESOCÓLO, ISQUEMIA DO DELGADO E DO COLO DIREITO E LESÃO DA 2ª E 3ª PORÇÕES DO DUODENO, SENDO REALIZADA HEMICOLECTOMIA DIREITA, RAFIA DE DELGADO, ENTEROSTOMIA E ANASTOMOSE TERMINO TERMINAL. EVOLUIU COM INFECÇÃO DO SÍTIO OPERATÓRIO SENDO ISOLADO ENTEROBACTER sp E APARECIMENTO DE ABCESSOS INTRACAVITÁRIOS, ALÉM PEQUENO DERRAME PLEURAL BILATERAL, TENDO SIDO REALIZADA NOVA LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM DRENAGEM DOS ABCESSOS INTRA-ABDOMINAL, CERCA DE 14 DIAS APÓS O PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, TENDO PERMANECIDO INTERNADO POR CERCA 21 DIAS (SIC).**

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.

**Estruturas abdominais**

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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):  
**Estruturas abdominais**

% 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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN