

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180526847

Vítima: FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DIANA SOUSA DOS SANTOS

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180526847**.

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 13576161



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180526847

Vítima: FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARIA DIANA SOUSA DOS SANTOS

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180526847**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/08/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13669430



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180526847 **Cidade:** Jijoca de Jericoacoara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2018 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniano. Fratura não especificada dos ossos da face.

Descrição do exame médico pericial: Periciado com queixas de odontalgia. Ao exame clínico, não evidenciamos quaisquer alterações neurológicas cerebrais e/ou buco-maxilo-facial.

Resultados terapêuticos: Tratamento realizado com observação hospitalar e saiu de alta sem receita médica. Atualmente informar que não usa qualquer medicação.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 26/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Ivo de Vasconcelos

CRM do médico: 3374

UF do CRM do médico: CE

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

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.

Número do Sinistro: **3180526847**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO VALDERAMA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

PV CORREGO DA FORQUILHA II, 001 - MANGUE SECO - Jijoca de Jericoacoara - CE - CEP 62598-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sspds /CE**] **2007510697-8**

Data e local do acidente: [**26/08/2018**] **zona urbana de Jijoca de Jericoacoara**

Data e local do exame: [**26/11/2018**] **Sobral** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo craniano. Fratura não especificada dos ossos da face.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Periciado com queixas de odontalgia. Ao exame clínico, não evidenciamos quaisquer alterações neurológicas cerebrais e/ou buco-maxilo-facial.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Tratamento realizado com observação hospitalar e saiu de alta sem receita médica. Atualmente informar que não usa qualquer medicação.

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

[☐] Sim [☒] 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 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

(X) "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, 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 a valoração do dano corporal.

Francisco Ivo de Vasconcelos

Assinatura do Médico Examinador – CREMEC: 3374

Francisco Ivo de Vasconcelos - CRM: 3374 - CE