

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **SILVANIA SANTOS LIMA GOMES**

Nº Sinistro: **3180408706**
SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: **27/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180408706**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 13775161



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408706

Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408706

Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408706

Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180408706

Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: 27/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: **SILVANIA SANTOS LIMA GOMES**

Nº Sinistro: **3180408706**
SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Data do Acidente: **27/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180408706**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 13974180



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **SILVANIA SANTOS LIMA GOMES**

Nº Sinistro: **3180408706**

Vitima: **SILVANIA SANTOS LIMA GOMES**

Data do Acidente: **27/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180408706**.

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 13331488



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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00060

CONTA: 000000074324-0

Nr. da Autenticação AFEA5359D6AE792D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALORAÇÃO MANTIDA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO EXTERNA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALORAÇÃO MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA A ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 11/09/2018, SINISTRO: 3180408706 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD EM 11/09/2018, SINISTRO: 3180408706 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180408706 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANIA SANTOS LIMA GOMES **Data do acidente:** 27/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Ivone S. Valice

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180144775

Nome do(a) Examinado(a): SILVANIA SANTOS LIMA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE BISPO DOS SANTOS, 50 -
ESTANCIA/SE - CEP 49200-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 1.102.001 - SSP - 30/03/2009

Data e Local do Acidente : 27/09/2017

Data e Local do Exame : 30/05/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE
- CEP 49010-310

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA A ESQUERDA.

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

1 - O QUADRO NÃO APRESENTOU ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2- O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO.

3 – PERICIADA EM TRATAMENTO, NÃO TEVE ALTA DEFINITIVA

4 - NÃO HOUE COMPLICAÇÕES.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++/5+), ATROFIA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, EDEMA E BLOQUEIO NO JOELHO E TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E TORNOZELO, CALO ÓSSEO EM ½ DA TÍBIA. PERICIADA COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO SERÁ RETIRADO EM 06/06/2018.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [] Sim [X] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

(X) “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em 60 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% 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.

Manoel Otacilio Nascimento Junior

Manoel Otacilio M
Oftalmologista e Audiologista III
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE