

Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180362431  
Vitima: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Data do Acidente: 27/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180362431**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Boletim de ocorrência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, 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**

Carta nº 13215963



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **LILIANO ROBERTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180362431**

Vitima: **LILIANO ROBERTO DA SILVA**

Data do Acidente: **27/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180362431**.

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 13216078



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180362431  
Vitima: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Data do Acidente: 27/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180362431**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, 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, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180362431  
Vitima: LILIANO ROBERTO DA SILVA  
Data do Acidente: 27/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180362431**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGURADORA S/A**, 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**

Carta nº 13388722



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LILIANO ROBERTO DA SILVA

Sinistro: 3180362431

Vítima: LILIANO ROBERTO DA SILVA

Data do Acidente: 27/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180362431** 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**

**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**

Número do Sinistro: 3180362431  
Nome do(a) Examinado(a): Liliano Roberto da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Cicero Fernandes Pimenta, 464  
Monte Castelo Parnamirim RN CEP: 59146-190  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / RN ] 003221424  
Data local do acidente: [ 27/01/2018 ]  
Data local do exame: [ 16/10/2018 ] Natal [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (FRATURA ÚMERO E OLECRANEO), TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM PNEUMOTORAX**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE COM PALCA E PARAFUSOS ÚMERO, TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA OLECRANEO, DRENAGEM TORÁCICA FECHADA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA**  
**Complicações: RIGIDEZ E ANQUILOSE DE COTOVELO ESQUERDO, LESÃO NERVO RADIAL**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO 25%, ARCO DE MOVIMENTO COTOVELO (FLEXO-EXTENSÃO) 30 GRAUS, BLOQUEIO TOTAL DA PRONO-SUPINAÇÃO, DEFICIT EXTENSÃO PUNNHO E POLEGAR (LESÃO NERVO RADIAL)**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ANATÔMICA GRAVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREIT, LIMITAÇÃO DE ADM E LESÃO NERVO RADIAL**  
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 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"<br>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias | ( ) "Sem seqüela permanente"<br>(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):<br><b>MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio <b>(X) 75% intensa</b> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**TÓRAX SEM SEQUELAS**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Elson Jose dos Santos Miranda**  
CPF - 054.112.994-54  
CRM/RN - 6301



# 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: 23/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: LILIANO ROBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000087932-1

---

Nr. da Autenticação 27408BEC7F3FEA64

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180362431 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIANO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO (FRATURA ÚMERO E OLECRANEO), TRAUMA TORÁCICO FECHADO COM PNEUMOTORAX

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO 25%, ARCO DE MOVIMENTO COTOVELO (FLEXO-EXTENSÃO) 30 GRAUS, BLOQUEIO TOTAL DA PRONO-SUPINAÇÃO, DEFICIT EXTENSÃO PUNNHO E POLEGAR (LESÃO NERVO RADIAL)

**Resultados terapêuticos:** FRATURA CONSOLIDADA, SEM DESCIO IMPORTANTE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** TÓRAX SEM SEQUELAS

**Médico examinador:** Elson Jose dos Santos Miranda

**CRM do médico:** 6301

**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 superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## 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:** 3180362431 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIANO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 05/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX À DIREITA).  
FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DE ÚMERO ESQUERDO (GRAU I).  
FRATURA DE Pelve.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA; REALIZADA DUAS ABORDAGENS EM ÚMERO ESQUERDO: DESBRIDAMENTO, E PLACA E PARAFUSOS; ENXERTIA EM ILÍACO À ESQUERDA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \* SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180362431 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LILIANO ROBERTO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2018 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

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

**Data da análise:** 05/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA FECHADO TORÁCICO (PNEUMOTÓRAX À DIREITA).  
FRATURA DIAFISÁRIA EXPOSTA DE ÚMERO ESQUERDO (GRAU I).  
FRATURA DE Pelve.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TORACOSTOMIA; REALIZADA DUAS ABORDAGENS EM ÚMERO ESQUERDO: DESBRIDAMENTO, E PLACA E PARAFUSOS; ENXERTIA EM ILÍACO À ESQUERDA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \* SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50