
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



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

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



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 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 Vítimas 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, DÉFICIT EXTENSÃO PUNHO E POLEGAR (LESÃO NERVO RADIAL)

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ANATÔMICA GRAVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, 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"
Esta avaliação médica deve ser repetida em 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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
CRM/RN - 6301
CPF - 054.112.994-54

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: 00000087932-1

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 PUNHO 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