

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180009989

Vitima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 30/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JASSIANE OLIVEIRA DO NASCIMENTO LOPES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180009989**.

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 12191239



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180009989
Vitima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JASSIANE OLIVEIRA DO NASCIMENTO LOPES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180009989**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 22 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12410834

A/C: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180009989
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JASSIANE OLIVEIRA DO NASCIMENTO LOPES

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: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002821-5

Conta: 0000030022-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Sinistro: 3180009989

Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 30/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JASSIANE OLIVEIRA DO NASCIMENTO LOPES

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 3180009989** 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



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12702941

A/C: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180009989
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JASSIANE OLIVEIRA DO NASCIMENTO LOPES

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: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

Valor: R\$ 689,85

Banco: 237

Agência: 000002821-5

Conta: 0000030022-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	689,85

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Complemento por reanálise 7.3%

% Invalidez Permanente DPVAT: (7.3% de 70%) 5,11%

Valor a indenizar: 5,11% x 13.500,00 =	R\$	689,85
--	-----	--------

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.

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: 3180009989
Nome do(a) Examinado(a): Jose Armando Lopes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jerusalem, 70
Cana Brava Macaiba RN CEP: 59280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 2949267
Data local do acidente: [30/10/2017]
Data local do exame: [13/04/2018] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica


- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE ANTEBRAÇO PROXIMAL DIREITO E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ULNA PROXIMAL DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. REALIZADO LAPAROMIA EXPLORADORA EM RAZÃO DE TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.
Complicações: NÃO APRESENTOU.
Data da Alta: 13/02/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 90 GRAUS, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO ULNAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO. FERIDA DE LAPAROTOMIA CICATRIZADA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
INVALIDEZ DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ADM.
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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):


% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|

VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Urai de Oliveira
CPF - 662.855.349-34
CRM/RN - 4315



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02821-5

CONTA: 000000030022-5

Nr. Autenticação

BRADESCO2002201805000000000023702821000000030022168750 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

689,85

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02821-5

CONTA: 000000030022-5

Nr. Autenticação

BRADESCO190420180500000000002370282100000003002268985 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180009989 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E NO ABDOME

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 ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180009989 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO (TTO CIRÚRGICO)

Resultados terapêuticos: DEBILIDADE DOS MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL /50% DE 25% = 12,5%

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180009989 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO PROXIMAL DIREITO E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 90 GRAUS, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO ULNAR, NEURO VASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO. FERIDA DE LAPAROTOMIA CICATRIZADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ULNA PROXIMAL DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. REALIZADO LAPAROMIA EXPLORADORA EM RAZÃO DE TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. REALIZADO FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS AO NÍVEL DA ULNA PROXIMAL DIREITA, SÍNTESE ADEQUADA. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/04/2018

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO COTOVELO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MSD.

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

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 %	Complemento por reanálise - 7,3 %	5,11%	R\$ 689,85
Total			5,11 %	R\$ 689,85

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 PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180009989 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARMANDO LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ANTEBRAÇO PROXIMAL DIREITO E TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO ACIMA DE 90 GRAUS, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO ULNAR, NEURO VASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO. FERIDA DE LAPAROTOMIA CICATRIZADA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ULNA PROXIMAL DIREITA COM PLACA E PARAFUSOS, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. REALIZADO LAPAROMIA EXPLORADORA EM RAZÃO DE TRAUMA ABDOMINAL FECHADO. REALIZADO FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS AO NÍVEL DA ULNA PROXIMAL DIREITA, SÍNTESE ADEQUADA. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/04/2018

Conduta mantida:

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO COTOVELO DIREITO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO MSD.

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

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 %	Complemento por reanálise - 7,3 %	5,11%	R\$ 689,85
Total			5,11 %	R\$ 689,85

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: