

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2017

Carta nº: 11722288

A/C: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511965 ASL-0364603/17
Vítima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WISLIENE MARTINS BATISTA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2017

Carta nº: 11726791

A/C: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170511965 ASL-0364603/17
Vítima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WISLIENE MARTINS BATISTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11759652

A/C: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS

Sinistro: 3170511965 ASL-0364603/17
Vítima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WISLIENE MARTINS BATISTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11790301

A/C: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170511965 ASL-0364603/17
Vitima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS
Data Acidente: 20/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WISLIENE MARTINS BATISTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/11/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 21/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000083439-5

Nr. da Autenticação 3476587C1971D1A2

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511965 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/11/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL DIREITO. FRATURA FECHADA DA TÍBIA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E PERNA DIREITA DURANTE OS ESFORÇOS FÍSICOS COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, CORRER E USAR DEGRAUS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE LATERAL DO JOELHO DIREITO DE CERCA DE 17 CM E EM FACE ANTERIOR PROXIMAL E DISTAL DA PERNA DIREITA DE CERCA DE 5 CM CADA. HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE DA COXA E PANTURRILHA À DIREITA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 0º-120º. AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO PRESERVADA.SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM DESBRIDAMENTO, SUTURA DO TENDÃO PATELAR DIREITO E FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA, PERMANECENDO INTERNADO POR CERCA DE 4 DIAS (SIC). APÓS 10 DIAS DO SINISTRO, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL COM PARAFUSOS E OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA IPSOLATERAL COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/11/2017

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA PORTAVA RX DAS FRATURAS DESCRITAS ACIMA.

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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

PRESTADOR

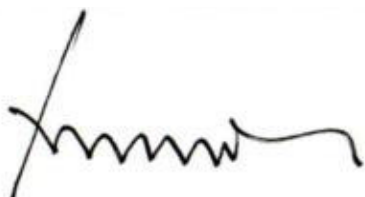
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180574951 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO CEZAR BATISTA DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/04/2016 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
TRAUMA CONTUSO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: EQ1

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170511965 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/11/2016 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS SEQUELAS

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: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

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

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO EMERSON MATIAS DOS SANTOS** Sinistro: **3170511965** Data: **20/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R MARIA TEREZA ABBOTT GALVAO, 127, B - PSG DE AREIA - Parnamirim - RN - CEP 59145360**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4020119**

Data local do exame: [**14/11/2017**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL LATERAL DIREITO. FRATURA FECHADA DA TÍBIA DIREITA. A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO E PERNA DIREITA DURANTE OS ESFORÇOS FÍSICOS COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, CORRER E USAR DEGRAUS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS EM FACE LATERAL DO JOELHO DIREITO DE CERCA DE 17 CM E EM FACE ANTERIOR PROXIMAL E DISTAL DA PERNA DIREITA DE CERCA DE 5 CM CADA. HIPOTROFIA MUSCULAR LEVE DA COXA E PANTURRILHA À DIREITA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO DE 0°-120°. AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO PRESERVADA.SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA EXPOSTA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO COM DESBRIDAMENTO, SUTURA DO TENDÃO PATELAR DIREITO E FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA, PERMANECENDO INTERNADO POR CERCA DE 4 DIAS (SIC). APÓS 10 DIAS DO SINISTRO, REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DEFINITIVO COM OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL COM PARAFUSOS E OSTEOSÍNTESE DA TÍBIA IPSOLATERAL COM PLACA E PARAFUSOS.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

A VÍTIMA PORTAVA RX DAS FRATURAS DESCRITAS ACIMA.

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN