

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta nº: 11518099

A/C: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170448621 ASL-0315483/17

Vitima: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

Data Acidente: 18/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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](http://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](http://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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11525018

A/C: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170448621 ASL-0315483/17

Vitima: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

Data Acidente: 18/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/02/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo infor.  
incorretas

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 **MBM SEGURADORA S/A** 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta nº: 11861418

A/C: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

**Sinistro:** 3170448621 ASL-0315483/17  
**Vítima:** SIRINEU SANTOS DE SOUZA  
**Data Acidente:** 18/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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](http://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, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11926613

A/C: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

Sinistro: 3170448621 ASL-0315483/17  
Vítima: SIRINEU SANTOS DE SOUZA  
Data Acidente: 18/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: **SIRINEU SANTOS DE SOUZA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000004470**

Conta: **000003891-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital  
**100%**

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://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: 01/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: SIRINEU SANTOS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000003891-0

---

Nr. da Autenticação 730C9682140FE507

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Sirineu Santos de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Brasília, 103  
Centro Frei Paulo SE CEP: 49514-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 2.920.457-7  
Data local do exame: [ 27/10/2017 ] Aracaju [ SE ]

**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)
- TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM COMA INDUZIDO (PELA EQUIPE DO SAMU PARA TRANSPORTE) SEM LESÃO CRANIANA, INTRA E EXTRA, NA TOMOGRAFIA. FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ (FACE) À DIREITA AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MÍMIDOS COM MOVIMENTOS PRESERVADOS. FACE ASSIMÉTRICA, DESVIO MACROSCÓPICO DO NARIZ PARA À DIREITA, DEPRESSÃO NA REGIÃO ZIGOMÁTICA À DIREITA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA. O PERICÍADO REFERE CEFALÉIA, CERVICALGIA E ANOSMIA, QUE FAZ USO DE ANALGÉSICO.**
- 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.
- O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. Data da alta: DATA DA ALTA DEFINITIVA 21/03/2017 O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE FACE SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA. Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.**
- 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.
- DÉFICIT FUNCIONAL LEVE CRÂNIO FACIAL.**  
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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i>       | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- 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>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 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  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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.

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

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170448621 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SIRINEU SANTOS DE SOUZA **Data do acidente:** 18/02/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIOFACIAL E NA CERVICAL

**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:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170448621

**Cidade:** Frei Paulo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SIRINEU SANTOS DE SOUZA

**Data do acidente:** 18/02/2017

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM COMA INDUZIDO (PELA EQUIPE DO SAMU PARA TRANSPORTE) SEM LESÃO CRANIANA, INTRA E EXTRA, NA TOMOGRAFIA.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ (FACE) À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIOS COM MOVIMENTOS PRESERVADOS.  
FACE ASSIMÉTRICA, DESVIO MACROSCÓPICO DO NARIZ PARA À DIREITA, DEPRESSÃO NA REGIÃO ZIGOMÁTICA À DIREITA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA.  
O PERICIAO REFERE CEFALÉIA, CERVICALGIA E ANOSMIA, QUE FAZ USO DE ANALGÉSICO.

**Resultados terapêuticos:** O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE FACE, SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.  
NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

**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:** 3170448621

**Cidade:** Frei Paulo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** SIRINEU SANTOS DE SOUZA

**Data do acidente:** 18/02/2017

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM COMA INDUZIDO (PELA EQUIPE DO SAMU PARA TRANSPORTE) SEM LESÃO CRANIANA, INTRA E EXTRA, NA TOMOGRAFIA.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ (FACE) À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIOS COM MOVIMENTOS PRESERVADOS.  
FACE ASSIMÉTRICA, DESVIO MACROSCÓPICO DO NARIZ PARA À DIREITA, DEPRESSÃO NA REGIÃO ZIGOMÁTICA À DIREITA, ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR COM DOR E BLOQUEIO BILATERAL, RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA BOCA.  
O PERICIA DO REFERE CEFALÉIA, CERVICALGIA E ANOSMIA, QUE FAZ USO DE ANALGÉSICO.

**Resultados terapêuticos:** O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE FACE, SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.  
NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURA CRÂNIO FACIAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

