

---

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANK WILLSON DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180214730

**Vitima:** FRANK WILLSON DA SILVA

**Data do Acidente:** 10/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180214730**.

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, 22 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANK WILLSON DA SILVA

**Sinistro:** 3180214730

**Vítima:** FRANK WILLSON DA SILVA

**Data do Acidente:** 10/02/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 **3180214730** 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**



---

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANK WILLSON DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180214730**

Vitima: **FRANK WILLSON DA SILVA**

Data do Acidente: **10/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180214730**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/02/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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: 3180214730  
Nome do(a) Examinado(a): Frank Willson da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Decio Barbosa, 270 Ap 108 Bl F  
Aeroporto Mossoro RN CEP: 59607-855

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002924890

Data local do acidente: [ 10/02/2018 ]

Data local do exame: [ 23/05/2018 ] Rio Grande do Norte [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMA CONTUSO EM FACE.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: CLÍNICO.**

**Data da Alta:**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**SEM SINAIS DE CICATRIZES(DENTRO DA NORMALIDADE)**

- 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:

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):

% 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

- VIII. (\*) 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

  
Wilson Edino Jales  
ORTOPEDIA 4683  
CNPJ. 27.293.341/0001-50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180214730      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANK WILLSON DA SILVA      **Data do acidente:** 10/02/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM FACE.

**Descrição do exame médico pericial:** SEM SINAIS DE CICATRIZES(DENTRO DA NORMALIDADE)

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE DENTRO DA NORMALIDADE APÓS ALTA HOSPITALAR.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 23/05/2018

### Conduta mantida:

### Observações:

**Médico examinador:** Wilson Edino de Freitas Jales

**CRM do médico:** 4683

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "JOSE ARTUR FIALHO AMORIM".