

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190023294**

**Vítima: ARIOSVALDO REIS PINTO**

**Data do Acidente: 09/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRE SILVA RESENDE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ARIOSVALDO REIS PINTO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190023294**

**Vítima: ARIOSVALDO REIS PINTO**

**Data do Acidente: 09/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRE SILVA RESENDE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190023294**      **Vítima: ARIOSVALDO REIS PINTO**

**Data do Acidente: 09/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDRE SILVA RESENDE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ARIOSVALDO REIS PINTO**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

**Recebedor: ARIOSVALDO REIS PINTO**

**Valor: R\$ 6.750,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000286**

**Conta: 0000030714-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

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

CLIENTE: ARIOSVALDO REIS PINTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00286

CONTA: 00000030714-7

---

Nr. da Autenticação 87DA0E62078E7C94

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190023294

**Nome do(a) Examinado(a):** ARIOSVALDO REIS PINTO

**Endereço do(a) Examinado(a):** PRAÇA DA BANDEIRA, 161 - BOQUIM/SE - CEP 49360-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 2.049.225-1 - SSP - 12/08/2009

**Data e Local do Acidente :** 09/09/2018

**Data e Local do Exame :** 01/02/2019 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE - CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTO TEMPORAL COM AFUNDAMENTO À ESQUERDA, CONTUSÃO TEMPORAL E HEMATOMA INTRA PARAQUIMATOSO FRONTO TEMPORAL À ESQUERDA.

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

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 19/10/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA INTRA PARENQUIMATOSO E ESQUIRULECTOMIA NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO COM CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "C" NO COURO CABELOUDO E JANELA ÓSSEA À ESQUERDA, JANELA ÓSSEA NA REGIÃO FRONTO TEMPORAL A ESQUERDA, PARESTESIA E PERDA DA MIMICA FACIAL NA HEMIFACE À ESQUERDA (PARESTESIA DO NERVO FACIAL), DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMIDIO DIREITO DIMINUÍDO (HEMIPARESIA), MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXILIO DO ACOMPANHANTE.

PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, FALA DISLÁTICA DEVIDO A PARESTESIA FACIAL, COOPERATIVO, RELATA QUE VEM APRESENTANDO CEFALEIA SEVERA, TONTURA, AMNÉSIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, EPISÓDIOS DE DESORIENTAÇÃO, DESMAIOS E

ZUMBIDO CONTINUO NO OUVIDO ESQUERDO, FAZ USO DE RIVOTRIL E HIDANTAL.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.**

*Manoel Otacilio Nascentes Júnior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditiva M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190023294      **Cidade:** Boquim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARIOSVALDO REIS PINTO      **Data do acidente:** 09/09/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM FRATURA FRONTO TEMPORAL COM AFUNDAMENTO À ESQUERDA, CONTUSÃO TEMPORAL E HEMATOMA INTRA PARAQUIMATOSO FRONTO TEMPORAL À ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO COM CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "C" NO COURO CABELOU E JANELA ÓSSEA À ESQUERDA, JANELA ÓSSEA NA REGIÃO FRONTO TEMPORAL A ESQUERDA, PARESTESIA E PERDA DA MÍMICA FACIAL NA HEMIFACE À ESQUERDA (PARESTESIA DO NERVO FACIAL), DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO DIREITO DIMINUÍDO (HEMIPARESIA), MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXILIO DO ACOMPANHANTE.  
PERICIADO LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, FALA DISLÁTICA DEVIDO A PARESTESIA FACIAL, COOPERATIVO, RELATA QUE VEM APRESENTANDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, AMNÉSIA, HUMOR LÁBIL, AGRESSIVIDADE, EPISÓDIOS DE DESORIENTAÇÃO, DESMAIOS E ZUMBIDO CONTINUO NO OUVIDO ESQUERDO, FAZ USO DE RIVOTRIL E HIDANTAL

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 19/10/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA DRENAGEM DE HEMATOMA INTRA PARENQUIMATOSO E ESQUIRULECTOMIA NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/02/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** dano confirmado com colega examinador

## 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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190023294      **Cidade:** Boquim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ARIOSVALDO REIS PINTO      **Data do acidente:** 09/09/2018      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 25/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO COM AFUNDAMENTO DE CRÂNIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** XSOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>