
Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180066791

Vitima: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA

Data do Acidente: 16/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMERSON FRANCA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180066791.**

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, 28 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Sinistro: **3180066791**

Vítima: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMERSON FRANCA DA SILVA**

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 3180066791** 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, 13 de Março de 2018

Carta n°: 12503886

A/C: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180066791
Vitima: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA
Data do Acidente: 16/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: EMERSON FRANCA DA SILVA

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: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000005871-8

Conta: 000000005801-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Sinistro: **3180066791**

Vítima: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMERSON FRANCA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

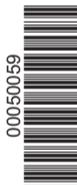
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180066791** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180066791**

Vitima: **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **16/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMERSON FRANCA DA SILVA**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180066791**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



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: 09/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05871-8

CONTA: 00000005801-7

Nr. Autenticação

BRADESCO09032018050000000002370587100000005801472500 PAGO

**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

Sinistro: **3180066791**

Nome do(a) Examinado(a): **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VANUZA DA SILVA DANTAS nº 20 - JUREMAL - BARAUNA/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003658949 - SSP**

Data e local do acidente: **16/07/2017 BARAUNA/RN**

Data e local do exame: **06/03/2018 MOSSORÓ/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISARIA EM TERÇO MEDIO DE FEMUR ESQUERDO.

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

REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO EM FEMUR ESQUERDO INICIALMENTE COM REDUCAO E FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO,FICANDO POR 23 DIAS E OSTEOSINTSE COM FIXACAO OSSEA COM PLACA.

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

HIPOTROFIA MUSCULAR COM LIMITACAO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.PRESENCA DE EXTENSA CICATRIZ EM REGIAO LATERAL EXTERNA DA COXA ESQUERDA, REDUCAO DO ARCO DE MOVIMENTO DA ARTICULACAO DO JOELHO ESQUERDO,LIMITACAO NA MARCHA COM CLAUDICACAO,ASSOCIADA A DIMINUICAO DE FORCA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DEFICT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

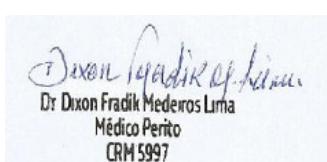
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA CRM:5997/RN


Dixon Fradik Medeiros Lima
Dr Dixon Fradik Medeiros Lima
Médico Perito
CRM 5997

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

**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

Sinistro: **3180066791**

Nome do(a) Examinado(a): **BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VANUZA DA SILVA DANTAS nº 20 - JUREMAL - BARAUNA/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003658949 - SSP**

Data e local do acidente: **16/07/2017 BARAUNA/RN**

Data e local do exame: **06/03/2018 MOSSORÓ/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DIAFISARIA EM TERÇO MEDIO DE FEMUR ESQUERDO.

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

REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO EM FEMUR ESQUERDO INICIALMENTE COM REDUCAO E FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO,FICANDO POR 23 DIAS E OSTEOSINTSE COM FIXACAO OSSEA COM PLACA.

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

HIPOTROFIA MUSCULAR COM LIMITACAO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.PRESENCA DE EXTENSA CICATRIZ EM REGIAO LATERAL EXTERNA DA COXA ESQUERDA, REDUCAO DO ARCO DE MOVIMENTO DA ARTICULACAO DO JOELHO ESQUERDO,LIMITACAO NA MARCHA COM CLAUDICACAO,ASSOCIADA A DIMINUICAO DE FORCA.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

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

DEFICT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

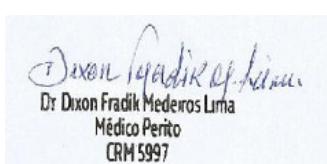
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA CRM:5997/RN


Dixon Fradik Medeiros Lima
Dr Dixon Fradik Medeiros Lima
Médico Perito
CRM 5997

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066791 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISARIA EM TERÇO MEDIO DE FEMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICT FUNCIONAL MEDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO EM FEMUR ESQUERDO INICIALMENTE COM REDUCAO E FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO, FICANDO POR 23 DIAS E OSTEOSINTSE COM FIXACAO OSSEA COM PLACA. HIPOTROFIA MUSCULAR COM LIMITACAO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PRESENCA DE EXTENSA CICATRIZ EM REGIAO LATERAL EXTERNA DA COXA ESQUERDA, REDUCAO DO ARCO DE MOVIMENTO DA ARTICULACAO DO JOELHO ESQUERDO, LIMITACAO NA MARCHA COM CLAUDICACAO, ASSOCIADA A DIMINUICAO DE FORCA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/03/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: DIXON FRADIK MEDEIROS LIMA

CRM do médico: 5997

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180066791 **Cidade:** Baraúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO LUAN SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 16/07/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, INICIALMENTE COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA E POSTERIORMENTE COM OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM BLOQUEIO DE JOELHO QUE NÃO MELHOROU APÓS FISIOTERAPIA. ALTA ORTOPÉDICA. HIPOTROFIA MUSCULAR COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA A GRAVE EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO. PRESENÇA DE EXTENSA CICATRIZ EM REGIÃO LATERAL EXTERNA DA COXA ESQUERDA, REDUÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO NA MARCHA COM CLAUDICAÇÃO, ASSOCIADA A DIMINUIÇÃO DE FORÇA.

Sequelas permanentes: NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/03/2018

Conduta mantida: Sim

Observações: TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$4.725,00 REFERENTE A 50% DA LESÃO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

*REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: