

---

**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190361493**

**Vítima: JUVENAL CAMBRAIA**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCIO OLIVEIRA DE SOUZA**

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

**Senhor(a), JUVENAL CAMBRAIA**

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

**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190361493**

**Vítima: JUVENAL CAMBRAIA**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCIO OLIVEIRA DE SOUZA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JUVENAL CAMBRAIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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 Junho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190361493**                      **Vítima: JUVENAL CAMBRAIA**

**Data do Acidente: 06/10/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCIO OLIVEIRA DE SOUZA**

**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



**Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190361493**

**Vítima: JUVENAL CAMBRAIA**

**Data do Acidente: 06/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MARCIO OLIVEIRA DE SOUZA**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JUVENAL CAMBRAIA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

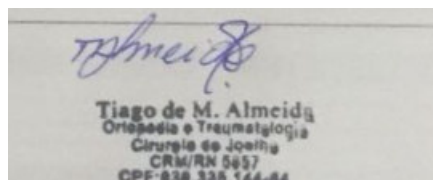
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190361493  
Nome do(a) Examinado(a): Juvenal Cambraia  
Endereço do(a) Examinado(a): R Ver Pedro Tavares Sobrinho, 396  
Fr Damiao Nova Cruz RN CEP: 59215-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001361583  
Data local do acidente: [ 06/10/2018 ]  
Data local do exame: [ 03/07/2019 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**PTE REFERE QUEDA DE MOTO, BATEU A CABEÇA E COLUNA LOMBAR**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: CONSERVADOR, NÃO HOUVE FRATURA**  
**Data da Alta: 08/10/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**SEM LIMITAÇÕES ANGULARES**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**( ) Sim ( X ) 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*  
**( X ) "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):  | Região Corporal (Sequela):  |
|---|---|
| % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190361493 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUVENAL CAMBRAIA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PTE REFERE QUEDA DE MOTO, BATEU A CABEÇA E COLUNA LOMBAR

**Descrição do exame físico:** SEM LIMITAÇÕES ANGULARES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
REFERE CEFALÉIA E ESQUECIMENTO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 03/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190361493 **Cidade:** Nova Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUVENAL CAMBRAIA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PTE REFERE QUEDA DE MOTO, BATEU A CABEÇA E COLUNA LOMBAR

**Descrição do exame físico:** SEM LIMITAÇÕES ANGULARES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
REFERE CEFALÉIA E ESQUECIMENTO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 03/07/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## 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