
Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190057900

Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELIZABETE CRISTINA BISPO SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEMISON SOUZA SANTOS

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. 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, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190057900 **Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS**

Data do Acidente: 14/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELIZABETE CRISTINA BISPO SANTOS

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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190057900

Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELIZABETE CRISTINA BISPO SANTOS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GEMISON SOUZA SANTOS

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 residual 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: GEMISON SOUZA SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004907

Conta: 0000016065-6

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, retorne 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.



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: 13/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEMISON SOUZA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04907

CONTA: 000000016065-6

Nr. da Autenticação E46B673FEEB2EADF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190057900

Cidade: Campinas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS

Data do acidente: 14/07/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO DO LOBO FRONTAL BILATERAL E EDEMA CEREBRAL. FRATURA DOS 5º, 6º, 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À DIREITA E 8º E 9º À ESQUERDA. CONTUSÃO PULMONAR.

Descrição do exame físico: PERICIADO REFERE CEFALÉIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, PERDA DO OLFATO E PALADAR, INSÔNIA E TONTURA. REFERE PERÍODOS DE AGRESSIVIDADE, HUMOR LÁBIL, TREMORES DE EXTREMIDADE, MOMENTOS DE DESORIENTAÇÃO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS. REFERE QUE FAZ USO DE RIVOTRIL E CARBAMAZEPINA. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO E TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR DO DIMÍDIO ESQUERDO DIMINUÍDO (HEMIPARESIA GRAU 3/4). LEVE HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO DIMÍDIO ESQUERDO, MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXÍLIO DO ACOMPANHANTE. PERICIADO EM VIGÍLIA, LUCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO E COM ROUQUIDÃO NA FALA. TÓRAX SIMÉTRICO, DOR BILATERAL NO TÓRAX À PALPAÇÃO E COMPRESSÃO E RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/07/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 30/07/2018. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional de estruturas torácicas

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190057900

Cidade: Campinas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS

Data do acidente: 14/07/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO DO LOBO FRONTAL BILATERAL E EDEMA CEREBRAL. FRATURA DOS 5º, 6º, 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À DIREITA E 8º E 9º À ESQUERDA. CONTUSÃO PULMONAR.

Descrição do exame físico: PERICIADO REFERE CEFALÉIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, PERDA DO OLFATO E PALADAR, INSÔNIA E TONTURA. REFERE PERÍODOS DE AGRESSIVIDADE, HUMOR LÁBIL, TREMORES DE EXTREMIDADE, MOMENTOS DE DESORIENTAÇÃO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS. REFERE QUE FAZ USO DE RIVOTRIL E CARBAMAZEPINA. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO E TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR DO DIMÍDIO ESQUERDO DIMINUÍDO (HEMIPARESIA GRAU 3/4). LEVE HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO DIMÍDIO ESQUERDO, MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXÍLIO DO ACOMPANHANTE. PERICIADO EM VIGÍLIA, LUCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO E COM ROUQUIDÃO NA FALA. TÓRAX SIMÉTRICO, DOR BILATERAL NO TÓRAX À PALPAÇÃO E COMPRESSÃO E RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA.

Resultados terapêuticos: PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/07/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 30/07/2018. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Dano neurológico, Limitação funcional de estruturas torácicas

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/02/2019

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190057900 **Cidade:** Campinas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURAS DO 5º AO 9º ARCOS COSTAIS DIREITO E 8º E 9º ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (7)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190057900 **Cidade:** Campinas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEMISON SOUZA SANTOS **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
FRATURAS DO 5º AO 9º ARCOS COSTAIS DIREITO E 8º E 9º ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

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: **3190057900**

Nome do(a) Examinado(a): **GEMISON SOUZA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROF MARIA DE LOURDES CONCEICAO, 1541 - CENTRO - Arauá - SE - CEP 49220-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **542 535 31**

Data e local do acidente: [**14/07/2018**] **ARAUÁ/SERGIPE**

Data e local do exame: [**01/02/2019**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO DO LOBO FRONTAL BILATERAL E EDEMA CEREBRAL. FRATURA DOS 5º, 6º, 7º, 8º E 9º ARCOS COSTAIS À DIREITA E 8º E 9º À ESQUERDA. CONTUSÃO PULMONAR.

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

PERICIAO REFERE CEFALIA SEVERA, AMNÉSIA, TONTURA, PERDA DO OLFATO E PALADAR, INSÔNIA E TONTURA. REFERE PERÍODOS DE AGRESSIVIDADE, HUMOR LÁBIL, TREMORES DE EXTREMIDADE, MOMENTOS DE DESORIENTAÇÃO E EPISÓDIOS DE CRISES CONVULSIVAS. REFERE QUE FAZ USO DE RIVOTRIL E CARBAMAZEPINA. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO E TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR DO DIMÍDIO ESQUERDO DIMINUÍDO (HEMIPARESIA GRAU 3/4). LEVE HIPOTROFIA MUSCULAR DIFUSA NO DIMÍDIO ESQUERDO, MARCHA COM PASSOS CURTOS E AUXILIO DO ACOMPANHANTE. PERICIAO EM VIGÍLIA, LUCIDO, ORIENTADO, COOPERATIVO E COM ROUQUIDÃO NA FALA. TÓRAX SIMÉTRICO, DOR BILATERAL NO TÓRAX À PALPAÇÃO E COMPRESSÃO E RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

PERICIAO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 14/07/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 30/07/2018. SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. RECEBEU ALTA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano neurológico, Limitação funcional de estruturas torácicas

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"

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Sistema Nervoso Central

% 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

Região Corporal (Sequela):

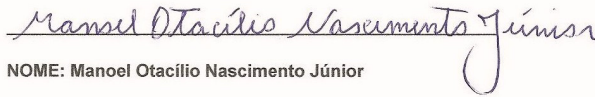
Estruturas torácicas

% 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 a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE