
Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180539617

Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180539617**.

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 Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ROBERTO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3180539617

Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 04/03/2018

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 **3180539617** 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



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: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04600

CONTA: 00000001232-1

Nr. da Autenticação D3821CA5C87C8C5B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539617 **Cidade:** Crisópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO DIREITO - PLACA E PARAFUSOS; FÊMUR ESQUERDO - TRAÇÃO E DIREITO - FIXADOR E HASTE; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539617 **Cidade:** Crisópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO BILATERAL.
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR BILATERAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PUNHO DIREITO - PLACA E PARAFUSOS; FÊMUR ESQUERDO - TRAÇÃO E DIREITO - FIXADOR E HASTE; PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARÉCER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539617 **Cidade:** Crisópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE FEMUR E FRATURA BILATERAL DE RÁDIO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FOI CONSTATADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES GRAU IV, ALTERAÇÃO NA MARCHA, LEVE HIPOTROFIA BILATERAL DE MUSCULATURA DE COXA , PERDA DE FLEXÃO DE 10 GRAUS EM PUNHO DIREITO E 20 GRAUS EM PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV EM AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES E DIFICULDADE EM SEGURAR OBJETOS.

Resultados terapêuticos: FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM FEMUR DIREITO COM HASTE BLOQUEADA, TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO ESQUERDO.

ALTA MÉDICA COM SEQUELAS ESTABELECIDAS

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2018

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSCO, OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, PORÉM É FEITO ADEQUAÇÃO DOS SEGMENTOS CORPORAIS ACOMETIDOS

Médico examinador: ANTONIO MARCELO ALVES BELLO

CRM do médico: 16025

UF do CRM do médico: BA

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads "Alessandra Duraes Altaf".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539617 **Cidade:** Crisópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/03/2018 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BILATERAL DE FEMUR E FRATURA BILATERAL DE RÁDIO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FOI CONSTATADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES GRAU IV, ALTERAÇÃO NA MARCHA, LEVE HIPOTROFIA BILATERAL DE MUSCULATURA DE COXA , PERDA DE FLEXÃO DE 10 GRAUS EM PUNHO DIREITO E 20 GRAUS EM PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV EM AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES E DIFICULDADE EM SEGURAR OBJETOS.

Resultados terapêuticos: FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM FEMUR DIREITO COM HASTE BLOQUEADA, TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO ESQUERDO.

ALTA MÉDICA COM SEQUELAS ESTABELECIDAS

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO INFERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO
DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2018

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS E DA DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSCO, OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR, PORÉM É FEITO ADEQUAÇÃO DOS SEGMENTOS CORPORAIS ACOMETIDOS

Médico examinador: ANTONIO MARCELO ALVES BELLO

CRM do médico: 16025

UF do CRM do médico: BA

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads "Alessandra Duraes Altaf". The signature is somewhat fluid and cursive, with "Alessandra" and "Duraes" being more clearly legible than "Altaf".

**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: 3180539617

Nome do(a) Examinado(a): WILLAS DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Endereço do(a) Examinado(a): POV SOCO DA CANDEIA, 33 - Rio Real/BA - CEP 48330-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : XXXXXXXX - SSP

Data e Local do Acidente : 04/03/2018

Data e Local do Exame : 14/12/2018 RUA ALVARO AUGUSTO, SN - SERRINHA/BA

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA BILATERAL DE FEMUR E FRATURA BILATERAL DE RÁDIO.

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

FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FEMUR ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO E TRATAMNETO CIRÚRGICO EM FEMUR DIREITO COM HASTE BLOQUEADA, TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO DIREITO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM RÁDIO ESQUERDO.

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

AO EXAME FOI CONSTATADO DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES GRAU IV, ALTERAÇÃO NA MARCHA, LEVE HIPOTROFIA BILATERAL DE MUSCULATURA DE COXA , PERDA DE FLEXÃO DE 10 GRASU EM PUNHO DIREITO E 20 GRAUS EM PUNHO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR GRAU IV EM AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES E DIFICULDADE EM SEGURAR OBJETOS.

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:

ALTERAÇÃO NA MARHA COM LEVE HIPOTROFIA MUSCULAR BILATERAL , DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR EM MEMBROS INFERIORES GRAU

IV, DIMINUIÇÃO DE FORÇA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DE PUNHO DIREITO E PUNHO ESQUERDO.

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

MEMBROS INFERIORES

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

Região Corporal

MEMBROS SUPERIORES

% do Dano () 10% residual (X) 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.

Antonio Marcelo Alves Bello

ANTONIO MARCELO ALVES BELLO CRM : 16025 / UF :BA