

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2017

Carta nº: 11394982

A/C: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170406750 ASL-0282695/17

Vitima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA

Data Acidente: 03/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2017

Carta nº: 11410329

A/C: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170406750 ASL-0282695/17
Vítima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta n°: 11466141

A/C: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA

Sinistro: 3170406750 ASL-0282695/17
Vitima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA
Data Acidente: 03/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALYSSON WENDER DE OLIVEIRA

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: FRANCISCO SIMAO MENDES DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 341

Agência: 000008512

Conta: 0000032990-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ **7.087,50**

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

**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

Nome do(a) Examinado(a): Francisco Simao Mendes da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sebastiao B de Moura, 5
Aeroporto Mossoro RN CEP: 59607-310

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 588110

Data local do exame: [03/08/2017] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DA TIBIA PROXIMAL E PLATO TIBIAL ESQUERDO.

APRESENTA DEFORMIDADE OSSEA EM REGIAO PROXIMAL AO JOELHO ESQUERDO, ASSOCIADA A LIMITACAO FUNCIONAL GRAVE. PRESENCA CICATRIZES EM REGIAO DA Perna ESQUERDA POR STATUS POS CIRURGICO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim **() Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRURGICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Data da alta: ALTA EM MEADOS DE FEVEREIRO DE 2017.

REALIZADO FIXACAO COM FIXADOR EXTERNO POR 6 MESES, JA RETIRADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, EXAMES DE IMAGEM, EVOLUINDO BEM, AGUARDANDO NOVO PROCEDIMENTO CIRURGICO PELO SUS.

Complicações: NAO APRESENTOU.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim **() Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITACAO NA MARCHA, COM CLAUDICACAO, DEFORMIDADE OSSEA EM REGIAO DO JOELHO ESQUERDO, LIMITACAO NA FLEXAO, EXTENSAO, DIMINUICAO DE FORCA E DA AMPLITUDE DO MEMBRO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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):

MEMBRO INFERIOR - Esquerdo

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **(X) 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Dixon Fradik M. Lima



Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima

CPF - 026.989.154-47

CRM/RN - 5997

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170406750 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA **Data do acidente:** 03/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia proximal e plato tibial esquerdo.

Descrição do exame Apresenta deformidade óssea em regiao proximal ao joelho esquerdo,associada a limitação funcional grave.Presença
médico pericial: cicatrizes em região da perna esquerda por status pós cirúrgico.

Resultados terapêuticos: Realizado fixacao com fixador externo por 6 meses, ja retirado em membro inferior esquerdo, exames de
imagem,evoluindo bem.Aguardando novo procedimento cirúrgico pelo SUS.
sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional grave do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170406750 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA **Data do acidente:** 03/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170406750 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SIMAO MENDES DA **Data do acidente:** 03/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia proximal e plato tibial esquerdo.

Descrição do exame Apresenta deformidade óssea em regiao proximal ao joelho esquerdo,associada a limitação funcional grave.Presença
médico pericial: cicatrizes em região da perna esquerda por status pós cirúrgico.

Resultados terapêuticos: Realizado fixacao com fixador externo por 6 meses, ja retirado em membro inferior esquerdo, exames de
imagem,evoluindo bem.Aguardando novo procedimento cirúrgico pelo SUS.
sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional grave do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

