

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA

**Nº Sinistro:** 3180395741

**Vitima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA

**Data do Acidente:** 03/09/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180395741**.

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, 06 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA

**Sinistro:** 3180395741

**Vítima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA

**Data do Acidente:** 03/09/2016

**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 **3180395741** 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](http://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**



**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: **3180395741**

Nome do(a) Examinado(a): **ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a): **AVENIDA PREFEITO WALTER DE SA LEITAO nº 531 - NOVO HORIZONTE - ACU/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 003491193 - SSP**

Data e local do acidente: **03/09/2016 ACU/RN**

Data e local do exame: **12/09/2018 MOSSORÓ/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO  
TOMOGRAFIA DE CRANIO: DISCRETA HEMORRAGIA EM CAPSULA INTERNA ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA .**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO.**

**ALTA HOSPITALAR: 06/09/2016**

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

**DEFÍCIT DE FORÇA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO ,CONSEQUENTE A LESÃO NEUROLÓGICA CENTRAL.**

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:

**DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**

**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): **SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

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: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN**

*Dr. Tarcísio Bessa C. Filho  
MÉDICO  
CRM/RN 7629*

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180395741      **Cidade:** Açu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA EVIDENCIA RESOLUÇÃO COMPLETA, SEM EVIDÊNCIA DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL/TOTAL A VÍTIMA

## 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:** 3180395741      **Cidade:** Açu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA EM CÁPSULA INTERNA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180395741      **Cidade:** Açu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO  
TOMOGRAFIA DE CRANIO: DISCRETA HEMORRAGIA EM CAPSULA INTERNA ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO.  
ALTA HOSPITALAR: 06/09/2016.

DEFICIT DE FORÇA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, CONSEQUENTE A LESÃO NEUROLÓGICA CENTRAL.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/09/2018

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

**CRM do médico:** 7629

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

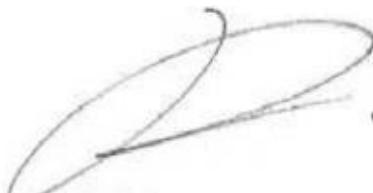
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180395741      **Cidade:** Açu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVALDO SEVERINO DA COSTA      **Data do acidente:** 03/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO  
TOMOGRAFIA DE CRANIO: DISCRETA HEMORRAGIA EM CAPSULA INTERNA ESQUERDA SEM EFEITO DE MASSA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÃO.  
ALTA HOSPITALAR: 06/09/2016.

DEFICIT DE FORÇA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, CONSEQUENTE A LESÃO NEUROLÓGICA CENTRAL.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/09/2018

**Conduta mantida:**

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

**Médico examinador:** TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

**CRM do médico:** 7629

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

