
Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: EDER DE SOUZA CARDOSO
Nº Sinistro: 3180188693
Vitima: EDER DE SOUZA CARDOSO
Data do Acidente: 29/02/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO TULHO NUNES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180188693**.

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, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDER DE SOUZA CARDOSO

Sinistro: 3180188693

Vítima: EDER DE SOUZA CARDOSO

Data do Acidente: 29/02/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FRANCISCO TULHO NUNES

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 3180188693** 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

Rio de Janeiro, 25 de Maio de 2018

Carta n°: 12872896

A/C: EDER DE SOUZA CARDOSO

Nº Sinistro: 3180188693
Vitima: EDER DE SOUZA CARDOSO
Data do Acidente: 29/02/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO TULHO NUNES

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: EDER DE SOUZA CARDOSO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000585-1

Conta: 0000036132-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas pélvicas 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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
--	-----	-----------------

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

050.904.204-39

Nome completo da vítima

Edner de Souza Ladeiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edner de Souza Ladeiro	050.904.204-39	Recusou - se
Enderroco	Número	Complemento
Alzira Pereira de Melo	249	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Jardim Planalto	Latrobe - do Rio da	Paraná
Email	CEP	Telefone (DDD)
	555541-000	13119515-9365

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

25 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, assinale uma opção):
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	NOME	NRO.	
Banco do Brasil		001	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0585	1	36.432	1
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Latrobe - do Rio da, 11 de abril de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

conta corrente



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180188693 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDER DE SOUZA CARDOSO **Data do acidente:** 29/02/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO)

Descrição do exame APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM REGIÃO TESTICULAR ESQUERDA COM DIFÍCIL PALPAÇÃO DO
médico pericial: TESTÍCULO DEVIDO AO VOLUME REDUZIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/02/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO). O MESMO EVOLUIU APÓS UM PERÍODO DE 17 DIAS DO TRAUMA COM DOR INTENSA E AUMENTO DE VOLUME EM SACO ESCROTAL, REALIZOU EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU LESÃO TESTICULAR À ESQUERDA, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. A ÚLTIMA ULTRASSONOGRAFIA DO DIA 09/10/2017 DA BOLSA ESCROTAL E TESTÍCULOS, EVIDENCIOU TESTÍCULO DIREITO COM VOLUME DE 15,8 ML E TESTÍCULO ESQUERDO COM VOLUME DE 2,5 ML. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano de estruturas pélvicas

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 de órgãos e estruturas pélvicas 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180188693 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDER DE SOUZA CARDOSO **Data do acidente:** 29/02/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE TESTICULO

Resultados terapêuticos: NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

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: 3180188693 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDER DE SOUZA CARDOSO **Data do acidente:** 29/02/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO)

Descrição do exame APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM REGIÃO TESTICULAR ESQUERDA COM DIFÍCIL PALPAÇÃO DO
médico pericial: TESTÍCULO DEVIDO AO VOLUME REDUZIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/02/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO). O MESMO EVOLUIU APÓS UM PERÍODO DE 17 DIAS DO TRAUMA COM DOR INTENSA E AUMENTO DE VOLUME EM SACO ESCROTAL, REALIZOU EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU LESÃO TESTICULAR À ESQUERDA, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. A ÚLTIMA ULTRASSONOGRAFIA DO DIA 09/10/2017 DA BOLSA ESCROTAL E TESTÍCULOS, EVIDENCIOU TESTÍCULO DIREITO COM VOLUME DE 15,8 ML E TESTÍCULO ESQUERDO COM VOLUME DE 2,5 ML. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Dano de estruturas pélvicas

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 de órgãos e estruturas pélvicas 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Oteло Corrêa dos Santos Filho".

**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: **3180188693**

Nome do(a) Examinado(a): **EDER DE SOUZA CARDOSO**

Endereço do(a) Examinado(a):

ALZIRA PEREIRA DE MELO, 249, CASA - JARDIM PLANALTO - Catolé do Rocha - PB - CEP 58884-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /RN**] **002270229**

Data e local do acidente: [**29/02/2016**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**11/05/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO)

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 29/02/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA TESTICULAR (TESTÍCULO ESQUERDO). O MESMO EVOLUIU APÓS UM PERÍODO DE 17 DIAS DO TRAUMA COM DOR INTENSA E AUMENTO DE VOLUME EM SACO ESCROTAL, REALIZOU EXAME DE ULTRASSONOGRAFIA ONDE EVIDENCIOU LESÃO TESTICULAR À ESQUERDA, OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR COM USO DE ANALGÉSICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS. A ÚLTIMA ULTRASSONOGRAFIA DO DIA 09/10/2017 DA BOLSA ESCROTAL E TESTÍCULOS, EVIDENCIOU TESTÍCULO DIREITO COM VOLUME DE 15,8 ML E TESTÍCULO ESQUERDO COM VOLUME DE 2,5 ML. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA MÉDICA.

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

APRESENTA DOR DE FORTE INTENSIDADE EM REGIÃO TESTICULAR ESQUERDA COM DIFÍCIL PALPAÇÃO DO TESTÍCULO DEVIDO AO VOLUME REDUZIDO.

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:

Dano de estruturas pélvicas

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas pélvicas

% 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):

% 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.

Dr. Tiago Martins Formiga
Cirurgião e Ortopedista do Jockey
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TCE-PB 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB