

---

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](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**

---

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](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**

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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>3.375,00</b>

**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%

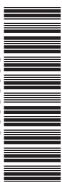
<b>Valor a indenizar:</b> 25,00% x 13.500,00 =	R\$	<b>3.375,00</b>
--	-----	-----------------

**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](http://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	131198515-9365

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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# 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 "O. 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

**Valoração 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
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# 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 ( X) 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