

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2017

Carta nº: 11665713

A/C: WEBSON MAURICIO TAVEIRA

**Sinistro:** 3170488026 ASL-0349105/17  
**Vítima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA  
**Data Acidente:** 16/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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.

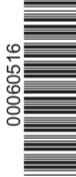
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**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, 03 de Outubro de 2017

Carta n°: 11751349

A/C: WEBSON MAURICIO TAVEIRA

**Sinistro:** 3170488026 ASL-0349105/17  
**Vitima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA  
**Data Acidente:** 16/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA

**Valor:** R\$ 3.375,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000004882

**Conta:** 000008494-7

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

**Dano Pessoal:** Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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**



Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2017

Carta nº: 11634781

A/C: WEBSON MAURICIO TAVEIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170488026 ASL-0349105/17

**Vitima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA

**Data Acidente:** 16/01/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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](http://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](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

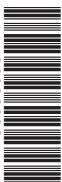
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



**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): Webson Mauricio Taveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Cj Alto do Bilu I, 392  
Centro Senador Eloi de Souza RN CEP: 59250-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002894646  
Data local do exame: [ 22/09/2017 ] NATAL [ 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 MULTIPLAS NA REGIÃO FACIAL.  
DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, FERIMENTOS CICATRIZADOS, REFERE DIFICULDADE PARA FALAR.**

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.

**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.**

Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 7 MESES.

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FACE**

Complicações: NÃO APRESENTOU.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

**INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE ESTRUTURAS CRANIO FACIAIS.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre 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"

( ) "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

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

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):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  ( ) 10% residual  ( X ) 25% leve

% do dano:  ( ) 10% residual  ( ) 25% leve

( ) 50% médio  ( ) 75% intensa  ( ) 100% completo

( ) 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

# 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: 27/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WEBSON MAURICIO TAVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04882

CONTA: 00000008494-7

---

Nr. da Autenticação 5C4C6B38967EBED9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170488026      **Cidade:** Senador Elói de Souza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA      **Data do acidente:** 16/01/2017      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 18/09/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**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

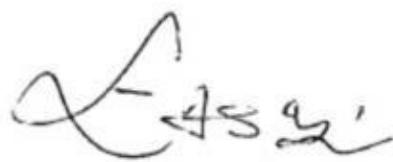
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170488026      **Cidade:** Senador Elói de Souza  
**Vítima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA      **Data do acidente:** 16/01/2017  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA MÚLTIPHAS NA REGIÃO FACIAL.

**Descrição do exame** DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, FERIMENTOS CICATRIZADOS, REFERE DIFICULDADE  
**médico pericial:** PARA FALAR.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FACE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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>

## PRESTADOR

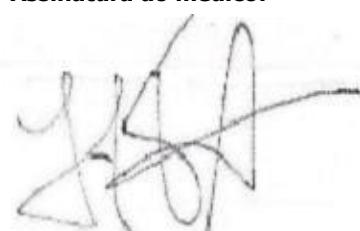
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170488026      **Cidade:** Senador Elói de Souza  
**Vítima:** WEBSON MAURICIO TAVEIRA      **Data do acidente:** 16/01/2017  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA MÚLTIPHAS NA REGIÃO FACIAL.

**Descrição do exame** DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO DE ALIMENTOS SÓLIDOS, FERIMENTOS CICATRIZADOS, REFERE DIFICULDADE  
**médico pericial:** PARA FALAR.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FACE

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DAS ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAL

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

