

Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180029431

**Vitima:** ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

**Data do Acidente:** 09/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ANTONIO TOMAZ DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180029431**.

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, 09 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12370556

A/C: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180029431  
**Vitima:** ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 09/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO TOMAZ DA SILVA

**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: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA**

**Valor: R\$ 10.125,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000745**

**Conta: 0000027616-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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>10.125,00</b> |

**Dano Pessoal:** Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

**Graduação:** Em grau intenso 75%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (75% de 100%) 75,00%

**Valor a indenizar:** 75,00% x 13.500,00 = R\$ **10.125,00**

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

165.698.417-26

Nome completo da vítima

Rosivam do Nascimento da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

|               |                             |                      |                |                |               |
|---------------|-----------------------------|----------------------|----------------|----------------|---------------|
| Nome completo | Rosivam do Nascimento Silva | CPF titular da conta | 165.698.417-26 | Profissão      | funcioná - se |
| Endereço      | Poçado do Rio Grande        | Número               | 485            | Complemento    | casa          |
| Bairro        | Distrito Baix Grande        | Cidade               | Conceim        | Estado         | SC            |
| Email         | reuson@se                   | CEP                  | 62400-000      | Telefone (DDD) |               |

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.

### 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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <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\$ 10.000,00 |  |

#### CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
 0745 \_\_\_\_\_ 07616 \_\_\_\_\_ 5  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V  
 \_\_\_\_\_ (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.

Rosivam do Nascimento Silva

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

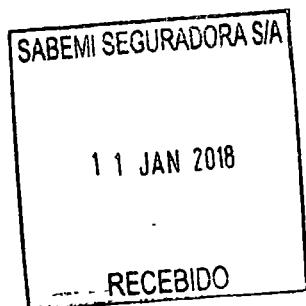
11 JAN 2018

Rosivam do Nascimento Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



**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): Rosivan do Nascimento da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Pv Lago Grande, 985  
Camocim Camocim CE CEP: 62400-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 300802675

Data local do exame: [ 30/01/2018 ] Sobral [ CE ]

**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)

**TCE GRAVE, COM HEDA.**

**AUSÊNCIA DE PARTE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRO E HUMOR, PERTUBAÇÃO DA FALA, CRISE CONVULSIVA, LAPSO DE MEMÓRIA E USO REGULAR DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS.**

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?

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?

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.

**A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA. FAZ FISIOTERAPIA.**

Data da alta: DEZEMBRO DE 2017.

**QUADRO TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM CRANIECTOMIA.**

**AUSÊNCIA DE PARTE DA CALOTA CRANIANA.**

**Complicações: CRISE CONVULSIVA.**

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

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.

**DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO SNC, PELA PERDA DE PARTE DA CALOTA CRANIANA, PERTUBAÇÃO DA FALA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRO E HUMOR E CRISE CONVULSIVA.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentro das 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

(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):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  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.

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



Dr. André de Oliveira Leal  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566

# 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: 05/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.125,00

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

CLIENTE: ROSIVAN DO NASCIMENTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00745

CONTA: 00000027616-5

---

Nr. da Autenticação 35AF3F60E17CF068

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180029431      **Cidade:** Camocim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVAN DO NASCIMENTO DA      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
SILVA

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

**Data da análise:** 23/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180029431      **Cidade:** Camocim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSIVAN DO NASCIMENTO DA      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE GRAVE, COM HEDA.

**Descrição do exame** AUSÊNCIA DE PARTE DA CALOTA CRANIANA NA REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E  
**médico pericial:** HUMOR, PERTUBAÇÃO DA FALA, CRISE CONVULSIVA, LAPSO DE MEMÓRIA E USO REGULAR DE MEDICAMENTOS  
CONTROLADOS.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CIRÚRGICA, COM CRANIECTOMIA.

AUSÊNCIA DE PARTE DA CALOTA CRANIANA.

COMPLICAÇÕES: CRISE CONVULSIVA.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT NEUROLÓGICO COGNITIVO GRAVE

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>   | <b>Percentual da Perda<br/>(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 intenso - 75 %                                      | 75%              | R\$ 10.125,00                |
|  |   | <b>Total</b>  | <b>75 %</b>      | <b>R\$ 10.125,00</b>         |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

