

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190099173**

**Vítima: JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

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 residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001038**

**Conta: 0000048586-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# 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: 28/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000048586-3

---

Nr. da Autenticação B21D61645FC44D78

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190099173

**Nome do(a) Examinado(a):** JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA

**Endereço do(a) Examinado(a):** VI JERIMUM, 18 - Taquaritinga do Norte/PE - CEP 55790-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 575874090 - SSP SP

**Data e Local do Acidente :** 30/10/2018

**Data e Local do Exame :** 22/03/2019 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 - CARUARU/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Fratura da parassínfise direita e corpo mandibular esquerdo.

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 20 dias.

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

Ao exame: redução moderada da abertura oral. Alimenta-se de pastosos informa perda ponderal de nove quilos.

**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 funcional de estruturas faciais.

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

estruturas faciais

% do Dano (X) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

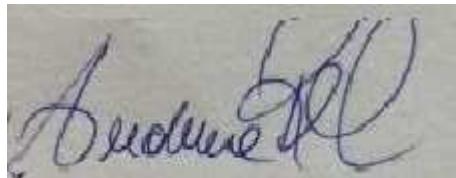
Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**  
Dano funcional de estruturas faciais. 10%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190099173      **Cidade:** Taquaritinga do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ADILSON ALVES DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 30/10/2018      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da parassínfise direita e corpo mandibular esquerdo

**Descrição do exame físico:** Ao exame: redução moderada da abertura oral. Alimenta-se de pastos informa perda ponderal de nove quilos.

**Resultados terapêuticos:** Quadro submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 20 dias

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional residual (10%) em estrutura crânio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 22/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em estrutura crânio facial, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>