



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, 27 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180596596**

**Vítima: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180596596**

**Vítima: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180596596**

**Vítima: ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

**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:** 3180596596

**Nome do(a) Examinado(a):** ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA

**Endereço do(a) Examinado(a):** LO MAJ EXPEDITO, 76 - VITORIA DE SANTO ANTAO/PE - CEP 55610-010

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 8354426 - sds pe - 06/08/2007

**Data e Local do Acidente :** 18/08/2018 - Vitória de Santo Antão/PE

**Data e Local do Exame :** 08/01/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

fratura diafisária de femur direito

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

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 20 dias

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

vítima com cicatriz cirúrgica, consolidação alinhada de fratura, com mobilidade do quadril e joelho direito preservados, sem déficit de força, sem alteração da marcha.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☐ Sim ☒ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

**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

( X ) “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 às regiões corporais acometidas.

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

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.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180596596 **Cidade:** Vitória de Santo Antão **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON JOSE DA SILVA SOUZA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura diafisária de femur direito

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima com cicatriz cirúrgica, consolidação alinhada de fratura, com mobilidade do quadril e joelho direito preservados, sem déficit de força, sem alteração da marcha.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.  
Fez fisioterapia.  
Alta há cerca de 20 dias

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 08/01/2019

### Conduta mantida:

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento que não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Médico examinador:** LEONARDO DE FARIA NEVES

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

## 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

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

