
Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477908

A/C: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170435507 ASL-0304162/17

Vitima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Data Acidente: 05/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSY FLAVIA FELIX DOS SANTOS

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **05/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11477909

A/C: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170435507 ASL-0304162/17

Vitima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Data Acidente: 05/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROSY FLAVIA FELIX DOS SANTOS

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, 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, 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,



Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2017

Carta nº: 11554430

A/C: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Sinistro: 3170435507 ASL-0304162/17
Vítima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSY FLAVIA FELIX DOS SANTOS

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.

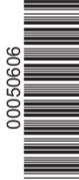
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

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, 13 de Setembro de 2017

Carta n°: 11643968

A/C: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Sinistro: 3170435507 ASL-0304162/17
Vitima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO
Data Acidente: 05/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ROSY FLAVIA FELIX DOS SANTOS

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: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 104

Agência: 000000806

Conta: 000000002420-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

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%

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 06/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINETE FELIX DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 00000002420-5

Nr. da Autenticação 3AAD2AE909858174

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435507 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de fêmur esquerdo e bacia submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170435507 **Cidade:** Santa Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSINETE FELIX DE ARAUJO **Data do acidente:** 05/01/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO DISTAL COMPLEXA E DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PUBICA.

Descrição do exame médico pericial: FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS NA LATERAL DA COXA ESQUERDA E REGIÃO PUBIANA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO COM PLACA LATERAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PUBICA COM PLACA E PARAFUSOS.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E PELVE

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/09/2017

Conduta mantida:

Observações: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E LEVE DE PELVE

Médico examinador: URAI 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 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

CRM do médico: 52.99123-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "Laerte Felix de Mattos 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

Nome do(a) Examinado(a): Rosinete Felix de Araujo
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Senador Dinarte Mariz, 125
Centro Jacana RN CEP: 59225-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001113689
Data local do exame: [01/09/2017] 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 DE FEMUR ESQUERDO DISTAL COMPLEXA E DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PUBICA.
FERIDAS OPERATORIAS CICATRIZADAS NA LATERAL DA COXA ESQUERDA E REGIAO PUBIANA, DIMINUIÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA, DIFÍCILDADE PARA FICAR AGACHADA.**

- 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.

**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA EM PARNAMIRIM/RN ONDE FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO E DE BACIA.
Data da alta: HÁ APROXIMADAMENTE 3 MESES.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE FEMUR ESQUERDO COM DCS E PLACA LATERAL E TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DISJUNÇÃO DE SÍNFISE PUBICA COM PLACA E PARAFUSOS.
Complicações: NÃO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO INFERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA ADM E DE REGIÃO PÉLVICA.

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

(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):

MEMBRO INFERIOR - Esquerdo

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS PÉLVICOS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, DIGESTIVA, EXCRETORA OU REPRODUTORA

% do dano: 10% residual 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