
Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE GONCALO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180549845**
Vítima: **JOSE GONCALO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **30/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANTONIA REGIA CLEMENTE DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180549845**.

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, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180549845

Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA REGIA CLEMENTE DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE GONCALO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180549845

Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIA REGIA CLEMENTE DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

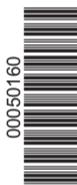
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

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



**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

Número do Sinistro: 3180549845
Nome do(a) Examinado(a): Jose Goncalo dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Damazio, 274 Casa
Lagoa do Mato Mossoro RN CEP: 59604-420
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 001336441
Data local do acidente: [30/01/2018]
Data local do exame: [28/01/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR. INTERNAMENTO HOSPITALAR COM USO DE MEDICAMENTOS.
Data da Alta: 01/02/2018

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO NÍVEL DO NARIZ, A ESQUERDA, AO TOQUE DIGITAL. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E AMNÉSIA, TANTO DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL COGNITIVA

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. 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)

- 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

- VIII. (*) 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. Geraldo Ostertag
CRM/RN 2245

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: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE GONCALO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03526-2

CONTA: 00000051618-X

Nr. da Autenticação 883F34ECE8C60AF4

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180549845 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO NÍVEL DO NARIZ, A ESQUERDA, AO TOQUE DIGITAL. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E AMNÉSIA, TANTO DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO.

Resultados terapêuticos: REBAIXAMENTO DE CONSCIÊNCIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180549845 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO NÍVEL DO NARIZ, A ESQUERDA, AO TOQUE DIGITAL. APRESENTA DIMINUIÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E AMNÉSIA, TANTO DESORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO.

Resultados terapêuticos: REBAIXAMENTO DE CONSCIÊNCIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180549845 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO NO SUPERCÍLIO ESQUERDO / AMNÉSIA RETROGRADA / CEFALÉIA INTENSA).

TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE OSSOS NASAIS.

TRAUMA CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: (@ PÁG 1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| 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 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | 0 % | R\$ 0,00 | |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180549845 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE GONCALO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (LESÃO NO SUPERCÍLIO ESQUERDO / AMNÉSIA RETROGRADA / CEFALÉIA INTENSA).

TRAUMA DE FACE COM FRATURA DE OSSOS NASAIS.

TRAUMA CONTUSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante | 100 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| 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 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | 0 % | R\$ 0,00 | |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Bruno Barbosa Mendonca".