

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180240980

Vitima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180240980**.

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, 01 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180240980

Vitima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180240980**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 14 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Sinistro: 3180240980

Vítima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Data do Acidente: 18/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180240980** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 30 de Junho de 2018

Carta n°: 13027643

A/C: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3180240980
Vitima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO
Data do Acidente: 18/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 004

Agência: 00000182

Conta: 00000107571-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

00646194356

Nome completo da vítima

RONALDO ADRIANO NASCIMENTO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo RONALDO ADRIANO NASCIMENTO	CPF titular da conta 006.461.943.56	Profissão PINTOR
Endereço R. OURO PRETO	Número 411	Complemento —
Bairro TABAPUAZINHO	Cidade CAUCASIA	Estado CEARA
Email —	Telefone (DDD) (85) 999890779	

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"/> RECUZO 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)

AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	CONTA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome BANCO DO NORDESTE.	NRO. 004
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
CONTA NRO. 107571	D/V 4
(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.

Caucasia, 02 de Maio de 2018

Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

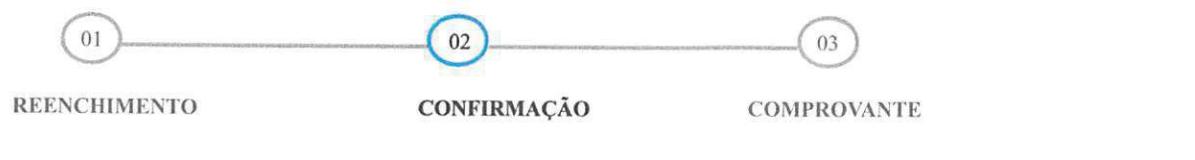
08 MAIO 2018

Ronaldo Adriano Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Verificação da remessa de DOC eletrônico - Tipo E

[Horários e Limites](#)


Confira os dados informados, digite abaixo a assinatura eletrônica de sua conta,

selecione CONFIRMAR e aguarde o comprovante.

CPF/CNPJ origem:	
Conta origem:	
Conta destino:	182 / 107571-4
Banco:	004-BANCO DO NORDESTE DO BRASIL S/A
Valor a ser transferido:	
Tarifa de emissão de DOC:	0,00
Valor total a ser debitado:	
Destinatário:	RONALDO ADRIANO NASCIMENTO
CPF/CNPJ destinatário:	006.461.943-56
Finalidade:	99-Outros
Identificação da transferência:	

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
08 MAIO 2018

ASS:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180240980 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/11/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA ESCÁPULA DIREITA, ASSOCIADA A FRATURA DO III E IV ARCOS COSTAIS DIREITO

Descrição do exame médico pericial: QUEIXAS DE DOR TORÁCICA NA RESPIRAÇÃO PROFUNDA. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO SEVERA DA FLEXÃO, ABDUÇÃO (30°) E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA (45°). ABAULAMENTO ÓSSEO DECORRENTE DE FRATURA CONSOLIDADA COM DESVIO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO TRAPÉZIO, REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR EM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 70 DIAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANO FUNCIONAL EM GRAU SEVERO NO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

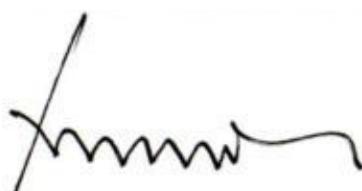
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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: **3180240980**

Nome do(a) Examinado(a): **RONALDO ADRIANO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA OURO PRETO, 411 - TABAPUAZINHO - Caucaia - CE - CEP 61634-020

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20079278390**

Data e local do acidente: [**18/11/2017**] **CAUCAIA, CE.**

Data e local do exame: [**18/06/2018**] **Fortaleza** [**CE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA DA ESCÁPULA DIREITA, ASSOCIADA A FRATURA DO III E IV ARCOS COSTAIS DIREITO

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

SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR EM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 70 DIAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANO FUNCIONAL EM GRAU SEVERO NO OMBRO DIREITO

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

QUEIXAS DE DOR TORÁCICA NA RESPIRAÇÃO PROFUNDA. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO SEVERA DA FLEXÃO, ABDUÇÃO (30°) E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA (45°). ABAULAMENTO ÓSSEO DECORRENTE DE FRATURA CONSOLIDADA COM DESVIO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO TRAPÉZIO, REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

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:

Limitação funcional do ombro direito

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 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"

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 às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Ombro direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

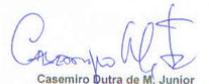
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% 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.


Casemiro Dutra de M. Junior
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180240980 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RONALDO ADRIANO NASCIMENTO **Data do acidente:** 18/11/2017 **Seguradora:** AIG SEGUROS BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA ESCÁPULA DIREITA, ASSOCIADA A FRATURA DO III E IV ARCOS COSTAIS DIREITO

Descrição do exame médico pericial: QUEIXAS DE DOR TORÁCICA NA RESPIRAÇÃO PROFUNDA. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO SEVERA DA FLEXÃO, ABDUÇÃO (30°) E ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA (45°). ABAULAMENTO ÓSSEO DECORRENTE DE FRATURA CONSOLIDADA COM DESVIO, HIPOTROFIA MUSCULAR DO TRAPÉZIO, REDUÇÃO DE FORÇA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR EM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 70 DIAS E SESSÕES DE FISIOTERAPIA, LIBERADA COM DANO FUNCIONAL EM GRAU SEVERO NO OMBRO DIREITO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

UF do CRM do médico: CE

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

