

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** EDSON COSTA DA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3180142856  
**Vitima:** EDSON COSTA DA SILVA  
**Data do Acidente:** 27/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142856**.

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](http://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, 09 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** EDSON COSTA DA SILVA

**Sinistro:** 3180142856

**Vítima:** EDSON COSTA DA SILVA

**Data do Acidente:** 27/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**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 3180142856** 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](http://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, 02 de Maio de 2018

Carta nº 12732678

A/C: EDSON COSTA DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180142856 ASL-0110594/18  
**Vitima:** EDSON COSTA DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/10/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº 12984599

A/C: EDSON COSTA DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180142856 ASL-0110594/18  
**Vitima:** EDSON COSTA DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/10/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2018

Carta n°: 13190661

A/C: EDSON COSTA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180142856  
**Vitima:** EDSON COSTA DA SILVA  
**Data do Acidente:** 27/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES

**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: EDSON COSTA DA SILVA**

**Valor: R\$ 4.218,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002758**

**Conta: 0000032241-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.218,75</b>

**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**

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180142856      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON COSTA DA SILVA      **Data do acidente:** 27/10/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM QUADRIL E MEMBRO SUPERIOR DIREITOS

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180142856  
**Vítima:** EDSON COSTA DA SILVA

**Cidade:** Natal  
**Data do acidente:** 27/10/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO. FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR. RELATA DOR NO QUADRIL DIREITO QUANDO AGACHA E USA DEGRAUS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA NÃO CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. ADM DA FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO DE 0º-100º, EXTENSÃO DE 0º-10º, ADUÇÃO DE 0º-10º, ABDUÇÃO DE 0º-30º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-40º E EXTERNA DE 0º-40º. CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE ANTERO LATERAL DO BRAÇO DIREITO DE CERCA DE 21 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-110º, EXTENSÃO DE 0º-40º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-100º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-40º E EXTERNA DE 0º-30º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO, COM REDUÇÃO INCRUENTA E REPOUSO ABSOLUTO POR CERCA DE 2 MESES (SIC). TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO DIREITO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, APÓS 17 DIAS DO SINISTRO.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito, Limitação funcional do quadril direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA PORTAVA RXS DAS FRATURAS SUPRA CITADAS.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>31,25 %</b>	<b>R\$ 4.218,75</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE'.

**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: **3180142856**

Nome do(a) Examinado(a): **EDSON COSTA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**POVOADO PE DO GALO, 42 - ZONA RURAL - Macaíba - RN - CEP 59280-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.968.750**

Data e local do acidente: [ **27/10/2017** ] **NATAL/RN**

Data e local do exame: [ **24/04/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***FRATURA FECHADA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO. FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO.***

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

***TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA-LUXAÇÃO DO QUADRIL DIREITO, COM REDUÇÃO INCRUENTA E REPOUSO ABSOLUTO POR CERCA DE 2 MESES (SIC). TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ÚMERO DIREITO COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, APÓS 17 DIAS DO SINISTRO.***

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

***A VÍTIMA REFERE DOR NO BRAÇO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR. RELATA DOR NO QUADRIL DIREITO QUANDO AGACHA E USA DEGRAUS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MARCHA NÃO CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. ADM DA FLEXÃO DO QUADRIL DIREITO DE 0º-100º, EXTENSÃO DE 0º-10º, ADUÇÃO DE 0º-10º, ABDUÇÃO DE 0º-30º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-40º E EXTERNA DE 0º-40º. CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE ANTERO LATERAL DO BRAÇO DIREITO DE CERCA DE 21 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DO BRAÇO DIREITO. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO DE 0º-110º, EXTENSÃO DE 0º-40º, ADUÇÃO DE 0º-30º, ABDUÇÃO DE 0º-100º, ROTAÇÃO INTERNA DE 0º-40º E EXTERNA DE 0º-30º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.***

**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, Limitação funcional do quadril 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):

**Quadril 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):

**Ombro direito**

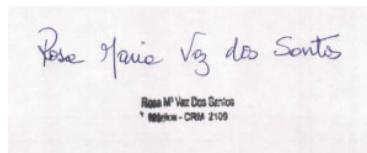
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.

**A VÍTIMA PORTAVA RXS DAS FRATURAS SUPRA CITADAS.**



Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN