

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** 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

Carta nº 12604164



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** 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: EDSO COSTA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180142856 ASL-0110594/18
Vitima: EDSO 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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Carta nº 12984599

A/C: EDSO COSTA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180142856 ASL-0110594/18
Vitima: EDSO 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.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2018

Carta nº: 13190661

A/C: EDSON COSTA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180142856
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

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.

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 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON COSTA DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2017 **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 0°-100°, EXTENSÃO DE 0°-10°, ADUÇÃO DE 0°-10°, ABDUÇÃO DE 0°-30°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0°-40° E EXTERNA DE 0°-40°. 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 0°-110°, EXTENSÃO DE 0°-40°, ADUÇÃO DE 0°-30°, ABDUÇÃO DE 0°-100°, ROTAÇÃO INTERNA DE 0°-40° E EXTERNA DE 0°-30°. 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

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

PRESTADOR

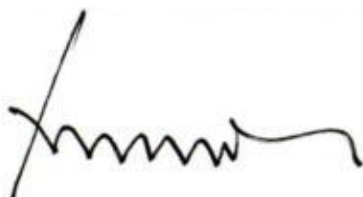
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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: **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 OSTEOSSÍNTESE 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?

[☒] 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:

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
(X) 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

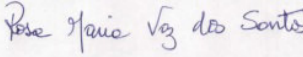
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo

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 Mª Vaz Dos Santos
Médica - CRM 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN