

---

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11284542

A/C: MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170367955 ASL-0256247/17

**Vitima:** MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR

**Data Acidente:** 06/05/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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](http://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](http://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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11333673

A/C: MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR

**Sinistro:** 3170367955 ASL-0256247/17  
**Vítima:** MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR  
**Data Acidente:** 06/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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](http://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, 05 de Agosto de 2017

Carta n°: 11430813

A/C: MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR

Sinistro: 3170367955 ASL-0256247/17  
Vitima: MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR  
Data Acidente: 06/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: MANOEL FERNANDES DE MELO JUNIOR

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 0000010851-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

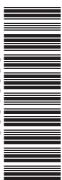
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367955      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL FERNANDES DE MELO      **Data do acidente:** 06/05/2017      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO E CONTUSÃO NA MÃO DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ELEVAÇÃO ANTERIOR E  
ROTAÇÃO INTERNA DO BRAÇO ESQUERDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À  
ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO A ESQUERDA.

Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MÊS.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DEBILIDADE DO ARCO DO MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**

**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): Manoel Fernandes de Melo Junior  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Patativa de Assare, 3006 Cj Nova Natal  
Lagoa Azul Natal RN CEP: 59138-520

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001994758

Data local do exame: [ 28/07/2017 ] 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 UMERO ESQUERDO E TRAUMA NA MÃO DIREITA.**

**APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ELEVAÇÃO ANTERIOR E ROTAÇÃO INTERNA DO BRAÇO ESQUERDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO.**

- 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 PARTICULAR E REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO A ESQUERDA.**

Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MES.

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO A ESQUERDA E DE TRAUMA NA MÃO DIREITA, FEZ FISIOTERAPIAS.**

**Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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 NÍVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA COM ADM DIMINUIDA.**

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):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa

50% médio  75% intensa

100% completo

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.

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367955      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL FERNANDES DE MELO      **Data do acidente:** 06/05/2017      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

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

**Data da análise:** 19/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de úmero esquerdo e em mão direita

### 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:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170367955      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MANOEL FERNANDES DE MELO      **Data do acidente:** 06/05/2017      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A  
JUNIOR

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO E CONTUSÃO NA MÃO DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ELEVAÇÃO ANTERIOR E  
ROTAÇÃO INTERNA DO BRAÇO ESQUERDO, DIFICULDADE PARA CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À  
ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE UMERO A ESQUERDA.

Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MÊS.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DEBILIDADE DO ARCO DO MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**