

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2017

Carta nº: 10615636

A/C: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170126314 ASL-0083707/17  
**Vitima:** ANDERSON SANTOS DE ARAUJO  
**Data Acidente:** 09/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

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, 29 de Março de 2017

Carta nº: 10740299

A/C: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

**Sinistro:** 3170126314 ASL-0083707/17  
**Vítima:** ANDERSON SANTOS DE ARAUJO  
**Data Acidente:** 09/09/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

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, 08 de Abril de 2017

Carta n°: 10804982

A/C: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

Sinistro: 3170126314 ASL-0083707/17  
Vitima: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO  
Data Acidente: 09/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: SERGIO LUIZ UNIZICKI

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: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000003777-X

Conta: 0000037020-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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 PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170126314      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON SANTOS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 09/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA E ADUÇÃO, FERIDA OPERATÓRIA  
**médico pericial:** CICATRIZADA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS AO NÍVEL DE ÚMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.  
NÃO APRESENTOU COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**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): Anderson Santos de Araujo  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Felizardo Firmino Moura, 120  
Nordeste Natal RN CEP: 59042-200

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1981897

Data local do exame: [ 31/03/2017 ] 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.**

**LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA E ADUCAÇÃO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.**

- 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 DE EMERGÊNCIA E ENCaminhado PARA HOSPITAL DE OCLEOCIO PARA REALIZAR TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.**

**Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 3 MESES.**

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS AO NIVEL DE UMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.**

**Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE SEGMENTO.**

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*

"Exame não permite conclusão"

*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):

**MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  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  
ORTOPECIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

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

Carimbo com Nome e CRM

# 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: 04/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON SANTOS DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03777-X

CONTA: 00000037020-7

---

Nr. da Autenticação 2671268CF687963C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170126314      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON SANTOS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 09/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/03/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de úmero esquerdo

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar 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:** Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

## 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:** 3170126314      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON SANTOS DE ARAUJO      **Data do acidente:** 09/09/2016      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA E ADUÇÃO, FERIDA OPERATÓRIA  
**médico pericial:** CICATRIZADA, DIMINUIÇÃO DA FORÇA PARA CARREGAR OBJETOS COM O MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS AO NÍVEL DE ÚMERO PROXIMAL A ESQUERDA, FEZ FISIOTERAPIAS.

NÃO APRESENTOU COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**