

---

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU**

Nº Sinistro: **3180238117**

Vitima: **ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU**

Data do Acidente: **31/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180238117**.

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: **ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU**

**Sinistro:** **3180238117**

**Vítima:** **ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU**

**Data do Acidente:** **31/12/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA**

**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 3180238117** 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, 04 de Julho de 2018

Carta n°: 13049001

A/C: ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU

**Nº Sinistro:** 3180238117  
**Vitima:** ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU  
**Data do Acidente:** 31/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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: ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000031

Conta: 0000046656-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180238117

**Nome do(a) Examinado(a):** ANTONIO AROLD BARBOSA DE ABREU

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua benedito freire pereira , 1 -  
Pentecoste/CE - CEP 62640-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 06696739107 - DETRAN -  
06/09/2017

**Data e Local do Acidente :** 31/12/2017 - PENTECOSTE - CE

**Data e Local do Exame :** 07/06/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,  
1280 - FORTALEZA/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DA CABEÇA UMERAL E LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DO  
OMBRO DIREITO

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

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR DE PENTECOSTE  
APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE NO OMBRO. REALIZADO  
EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO, REDUÇÃO DE LUXAÇÃO E  
IMOBLIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO  
CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA  
E COM TIPOIA, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM  
COMPLICAÇÕES, EM 06/03/2018.

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

BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO DE  
FLEXÃO A 140° E ABDUÇÃO A 145°

**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:**

PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA  
E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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 ás regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

OMBRO DIREITO

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

Região Corporal

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

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

# 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: 11/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ANTONIO AROLDO BARBOSA DE ABREU

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00031

CONTA: 00000046656-6

---

Nr. da Autenticação 83F1E09786A9FA1E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180238117      **Cidade:** Pentecoste      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO AROLDO BARBOSA DE      **Data do acidente:** 31/12/2017      **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A  
ABREU

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

**Data da análise:** 01/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DE OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** NÃO FOI POSSÍVEL IDENTIFICAR O TRATAMENTO REALIZADO

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "JORGE ALBERTO C de SOUZA".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180238117      **Cidade:** Pentecoste      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO AROLDO BARBOSA DE ABREU      **Data do acidente:** 31/12/2017      **Seguradora:** CAIXA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da cabeça do úmero direito.  
Luxação acrômio clavicular do ombro direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular do ombro direito associado a lesão tendinosa.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador da fratura da cabeça do úmero direito e da luxação acrômio clavicular do ombro direito (redução e imobilização).  
Não realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 06/03/2018.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do ombro direito.

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**