

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180198097**

Vitima: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180198097**.

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 12743200



Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Nº Sinistro: 3180198097
Vitima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180198097**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Sinistro: **3180198097**

Vítima: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA**

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 3180198097** 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, 26 de Junho de 2018

Carta nº: 13008603

A/C: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180198097
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA
Data do Acidente: 14/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA SUELI GABRIEL DA SILVA

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: **SUEDSON ISMAEL DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000002318-3**

Conta: **0000023710-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180198097
Nome do(a) Examinado(a): Suedson Ismael da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sítio Olho Dagua, S/N
Sueli Monte Alegre RN CEP: 59182-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PR] 003484807
Data local do acidente: [14/02/2018]
Data local do exame: [29/05/2018] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Data da Alta: 24/04/2018

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

FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

INVALIDEZ AO NÍVEL DE OMBRO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA ADM.

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 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"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado 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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira

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

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: 20/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUEDSON ISMAEL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02318-3

CONTA: 000000023710-8

Nr. da Autenticação C0DF94D14CA7C177

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE
Sequelas permanentes:
Sequelas: Não definido
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

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: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180198097 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUEDSON ISMAEL DA SILVA **Data do acidente:** 14/02/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR DIREITA, ABDUÇÃO DE BRAÇO DIREITO 100 GRAUS, ADUÇÃO HORIZONTAL 20 GRAUS, FLEXÃO DE 100 GRAUS E EXTENSÃO 30 GRAUS. DISCRETA HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE CINTURA ESCAPULAR DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/05/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Médico revisor: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

