

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170628409**

Vitima: **CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **21/03/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170628409**.

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 12038649



Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12304870

A/C: CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180001999
Vítima: CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 21/03/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000000295-0

Conta: 0000036209-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180001999 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 21/03/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura diafisária do úmero esquerdo. Fratura diafisária da fíbula esquerda.

Descrição do exame médico pericial: Refere dor em ombro esquerdo aos esforços físicos. Ao exame, sem limitações funcionais em cotovelo e antebraço esquerdo, força de bíceps e tríceps braquial preservada (musculatura normotrófica), amplitude de movimento do ombro esquerdo completa. Apresenta discreta diminuição da força muscular para a flexão do ombro esquerdo (grau 4).
Apresenta flexão plantar, dorsiflexão, eversão e inversão do tornozelo esquerdo preservada, musculatura normotrófica em perna esquerda, sem edema residual, marcha sem alterações.

Resultados terapêuticos: Ambas as fraturas foram tratadas conservadoramente. Para a fratura diafisária de úmero esquerdo, foram realizados 45 dias de imobilização com pinça de confeiteiro e órtese tipo "brace". Realizou 60 sessões de fisioterapia. Para a fratura da fíbula esquerda, foram realizados 30 dias de imobilização suropodálica. Realizou 30 sessões de fisioterapia. Evolui sem sequelas em tornozelo esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Livio de Souza Costa

CRM do médico: 18389

UF do CRM do médico: CE

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDEMIR SOUZA DE OLIVEIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00295-0

CONTA: 000000036209-3

Nr. Autenticação

BRDESCO250120180500000000002370029500000003620933750 PAGO