

---

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180163638**

Vitima: **FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

Data do Acidente: **27/03/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **OSMIDIO GOMES MACHADO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180163638**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

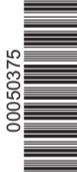
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**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, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

**Sinistro:** **3180163638**

**Vítima:** **FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

**Data do Acidente:** **27/03/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **OSMIDIO GOMES MACHADO**

**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 3180163638** 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, 23 de Junho de 2018

Carta n°: 12999774

A/C: FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA

**Nº Sinistro:** 3180163638  
**Vitima:** FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA  
**Data do Acidente:** 27/03/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** OSMIDIO GOMES MACHADO

**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: FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 001**

**Agência: 000000036-1**

**Conta: 000010078883-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>843,75</b>

**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**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000010078883-1

---

Nr. da Autenticação A5CA7C75CEEA13D4

**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

Sinistro: **3180163638**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DELFINO FREIRE nº 233 - BOA VISTA - MOSSORÓ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 001529132 - SSP**

Data e local do acidente: **27/03/2017 MOSSORÓ/RN**

Data e local do exame: **06/06/2018 MOSSORÓ/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVICULA DIREITA**

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

**TRATAMENTO CONSERVADOR**

**ALTA HOSPITALAR: 27/03/2017**

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

**CLAVICULA DIREITA COM DEFORMIDADE EM TERÇO MEDIO COM LIMITAÇÃO LEVE PARA ABDUÇÃO, HIPEREXTENSÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO**

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

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO**

**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 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*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **OMBRO DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN**

*Dr. Tarcísio Bessa C. Filho  
MÉDICO  
CRM/RN 7629*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180163638      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA      **Data do acidente:** 27/03/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TERÇO MÉDIO DE CLAVICULA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR  
ALTA HOSPITALAR: 27/03/2017  
CLAVICULA DIREITA COM DEFORMIDADE EM TERÇO MEDIO COM LIMITAÇÃO LEVE PARA ABDUÇÃO, HIPEREXTENSÃO E ROTAÇÃO EXTERNA DO OMBRO DIREITO

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

**CRM do médico:** 7629

**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 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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

**CRM do médico:** 52.63583-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180163638      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCK RANNIERY FREITAS BEZERRA      **Data do acidente:** 27/03/2017      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 30/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

