

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180071942

Vitima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/11/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCAS SANSTHIAGO DE LIMA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180071942**.

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 12375780



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180071942
Vitima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS SANSTHIAGO DE LIMA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180071942**, 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, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3180071942
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS SANSTHIAGO DE LIMA

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 3180071942** 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, 29 de Março de 2018

Carta nº: 12586827

A/C: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180071942
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/11/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCAS SANSTHIAGO DE LIMA

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: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000001038-3

Conta: 000010022816-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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



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: 22/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01038-3

CONTA: 000010022816-X

Nr. da Autenticação 5EDDEEF6081BE77F

**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

Número do Sinistro: 3180071942
Nome do(a) Examinado(a): Jose Fabiano de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): R Francisco Gomes Pereira, 67
Sao Severino Caraubas RN CEP: 59780-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 1399701
Data local do acidente: [23/11/2016]
Data local do exame: [16/03/2018] Mossoró [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMPLETA DE UMEROS PROXIMAL COM DESVIO, LESÃO DE TENDÃO DO BÍCEPS.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM UMEROS DIREITO COM FIXAÇÃO ÓSSEA COM PLACA E PARAFUSOS, ASSOCIADA A TENOPLASTIA DE BÍCEPS. REALIZOU FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO APRESENTOU.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM DEFORMIDADE ÓSSEA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO NA ABDUÇÃO, EXTENSÃO, ROTACÃO INTERNA E EXTERNA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, COM COMPROMETIMENTO DE TODO O MEMBRO SUPERIOR 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 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Dixon Fradik Medeiros Lima
 CPF - 026.989.154-47
CRM/RN - 5997

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071942 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS EXISTENTES.

Observações:

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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071942 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE 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: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071942 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLETA DE ÚMERO PROXIMAL COM DESVIO, LESÃO DE TENDÃO DO BÍCEPS.

Descrição do exame médico pericial: DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO NA ABDUÇÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, COM COMPROMETIMENTO DE TODO O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ÚMERO DIREITO COM FIXAÇÃO ÓSSEA COM PLACA E PARAFUSOS, ASSOCIADA A TENOPLASTIA DE BÍCEPS. REALIZOU FISIOTERAPIA. VÍTIMA COM BOA RECUPERAÇÃO PÓS CIRÚRGICA, PORÉM, COM LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180071942 **Cidade:** Caraúbas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FABIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/11/2016 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMPLETA DE ÚMERO PROXIMAL COM DESVIO, LESÃO DE TENDÃO DO BÍCEPS.

Descrição do exame médico pericial: DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO NA ABDUÇÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA E DIMINUIÇÃO DE FORÇA, COM COMPROMETIMENTO DE TODO O MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: REALIZADO INTERNAMENTO E TRATAMENTO CIRÚRGICO EM ÚMERO DIREITO COM FIXAÇÃO ÓSSEA COM PLACA E PARAFUSOS, ASSOCIADA A TENOPLASTIA DE BÍCEPS. REALIZOU FISIOTERAPIA. VÍTIMA COM BOA RECUPERAÇÃO PÓS CIRÚRGICA, PORÉM, COM LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. SEM COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO MSD.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: