

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11379367

A/C: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170401732 ASL-0280064/17

Vitima: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Data Acidente: 26/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta nº: 11380197

A/C: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170401732 ASL-0280064/17

Vitima: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Data Acidente: 26/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta nº: 11485514

A/C: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Sinistro: 3170401732 ASL-0280064/17
Vítima: JOSE SEGUNDO JUNIOR
Data Acidente: 26/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2017

Carta n°: 11577740

A/C: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Sinistro: 3170401732 ASL-0280064/17
Vitima: JOSE SEGUNDO JUNIOR
Data Acidente: 26/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: KIOMA ERIK DOS SANTOS GUILHERME

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 SEGUNDO JUNIOR

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 000000121-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170401732 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEGUNDO JUNIOR **Data do acidente:** 26/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO. LESÃO CORTO CONTUSA NA FACE ÂNTERO/SUPERIOR DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 4 CM. CONTUSÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E DOS MOVIMENTOS. DOR NO JOELHO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA E DIFICULDADE PARA AGACHAR-SE. MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. DEFORMIDADE TIPO SALIENTE NA REGIÃO PATELAR ESQUERDA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 20º-110º. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. SEM ATROFIA MUSCULAR. DISCRETA QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À ESQUERDA, COM HIPOTROFIA MUSCULAR NA REGIÃO ESCAPULAR. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 130º, EXTENSÃO DE 30º, ADUÇÃO DE 30º, ABDUÇÃO DE 110º, ROTAÇÃO INTERNA DE 50º E EXTERNA DE 40º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO JOELHO ESQUERDO COM SUTURA SIMPLES. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CONTUSÃO DO OMBRO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO E DO OMBRO IPSOLATERAL. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 3 MESES(SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Gustavo B. Camilo'.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170401732 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SEGUNDO JUNIOR **Data do acidente:** 26/08/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo e mão esquerda.

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170401732
Vítima: JOSE SEGUNDO JUNIOR

Cidade: Parnamirim
Data do acidente: 26/08/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO. LESÃO CORTO CONTUSA NA FACE ÂNTERO/SUPERIOR DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 4 CM. CONTUSÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E DOS MOVIMENTOS. DOR NO JOELHO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA E DIFICULDADE PARA AGACHAR-SE. MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. DEFORMIDADE TIPO SALIENTE NA REGIÃO PATELAR ESQUERDA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 20º-110º. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. SEM ATROFIA MUSCULAR. DISCRETA QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À ESQUERDA, COM HIPOTROFIA MUSCULAR NA REGIÃO ESCAPULAR. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 130º, EXTENSÃO DE 30º, ADUÇÃO DE 30º, ABDUÇÃO DE 110º, ROTAÇÃO INTERNA DE 50º E EXTERNA DE 40º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO JOELHO ESQUERDO COM SUTURA SIMPLES. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CONTUSÃO DO OMBRO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO E DO OMBRO IPSOLATERAL. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 3 MESES(SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Gustavo B. Camilo'.

**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

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE SEGUNDO JUNIOR** Sinistro: **3170401732** Data: **26/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **AV BRG SOUTO, 433 - BOA ESPERANCA - Parnamirim - RN - CEP 59140-590**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **1.307.158**

Data local do exame: [**22/08/2017**] **Natal** [**RN**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO. LESÃO CORTO CONTUSA NA FACE ÂNTERO/SUPERIOR DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 4 CM. CONTUSÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E DOS MOVIMENTOS. DOR NO JOELHO ESQUERDO COM REDUÇÃO DA FORÇA E DIFICULDADE PARA AGACHAR-SE. MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. DEFORMIDADE TIPO SALIENTE NA REGIÃO PATELAR ESQUERDA. ADM DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 20º-110º. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. SEM ATROFIA MUSCULAR. DISCRETA QUEDA DA CINTURA ESCAPULAR À ESQUERDA, COM HIPOTROFIA MUSCULAR NA REGIÃO ESCAPULAR. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 130º, EXTENSÃO DE 30º, ADUÇÃO DE 30º, ABDUÇÃO DE 110º, ROTAÇÃO INTERNA DE 50º E EXTERNA DE 40º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO JOELHO ESQUERDO COM SUTURA SIMPLES. TRATAMENTO CONSERVADOR DA CONTUSÃO DO OMBRO ESQUERDO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO E DO OMBRO IPSOLATERAL. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 3 MESES(SIC).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN