

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11215621

A/C: LUCAS DA SILVA SOARES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170342200 ASL-0236337/17**

**Vitima: LUCAS DA SILVA SOARES**

**Data Acidente: 08/02/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: ISABELA CRISTINA ROCHA MONTENEGRO**

**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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 28 de Julho de 2017

Carta nº: 11386569

A/C: LUCAS DA SILVA SOARES

**Sinistro:** 3170342200 ASL-0236337/17  
**Vítima:** LUCAS DA SILVA SOARES  
**Data Acidente:** 08/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ISABELA CRISTINA ROCHA MONTENEGRO

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2017

Carta nº: 11512899

A/C: LUCAS DA SILVA SOARES

Sinistro: 3170342200 ASL-0236337/17  
Vítima: LUCAS DA SILVA SOARES  
Data Acidente: 08/02/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ISABELA CRISTINA ROCHA MONTENEGRO

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: LUCAS DA SILVA SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002045

Conta: 0000021411-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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.seguradoralider.com.br](http://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

Sinistro: **3170342200 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **LUCAS DA SILVA SOARES**  
Endereço do(a) Examinado(a): **R PEDRO EPIFANIO nº 12A - CENTRO - CAJUEIRO/AL**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1149276 - SSP**  
Data local do exame: **08/08/2017 MACEIO/AL**

### 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)

**FRATURA EM CAVALGADURA DA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.**

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

**REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. ALTA MÉDICA. APRESENTA-SE O MEMBRO LIVRE DE EDEMA, ATROFIA OU DEFORMIDADE. EXIBE, AO EXAME, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL LEVE NA ELEVAÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO ESQUERDO.**

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.**

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 ☐ Sem seqüela 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

☐ 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)

**OMBRO ESQUERDO**

☐ 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%

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

☐ Total = "100% da IS"

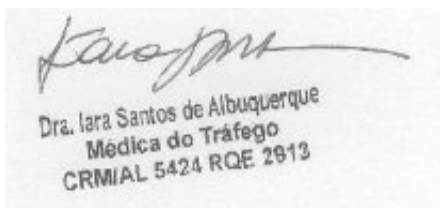
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -**

Local e data de realização do exame médico legal:

**AL - MACEIO, 08/08/2017**

**Médico Perito: IARA SANTOS DE ALBUQUERQUE CRM:5424/AL**



Dra. Iara Santos de Albuquerque  
Médica do Tráfego  
CRM/AL 5424 RQE 2913

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342200

**Cidade:** Cajueiro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUCAS DA SILVA SOARES

**Data do acidente:** 08/02/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EM CAVALGADURA DA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

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

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA.ALTA MÉDICA. APRESENTA-SE O MEMBRO LIVRE DE EDEMA, ATROFIA OU DEFORMIDADE. EXIBE, AO EXAME, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL LEVE NA ELEVAÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** IARA SANTOS DE ALBUQUERQUE

**CRM do médico:** 5424

**UF do CRM do médico:** AL

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

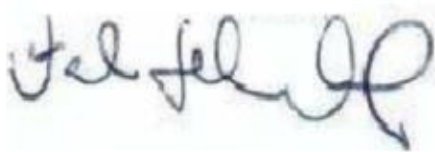
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342200

**Cidade:** Cajueiro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUCAS DA SILVA SOARES

**Data do acidente:** 08/02/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170342200

**Cidade:** Cajueiro

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LUCAS DA SILVA SOARES

**Data do acidente:** 08/02/2016

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EM CAVALGADURA DA DIÁFISE CLAVICULAR ESQUERDA.

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

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA AMERICANA. ALTA MÉDICA. APRESENTA-SE O MEMBRO LIVRE DE EDEMA, ATROFIA OU DEFORMIDADE. EXIBE, AO EXAME, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL LEVE NA ELEVAÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/08/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

**Médico examinador:** IARA SANTOS DE ALBUQUERQUE

**CRM do médico:** 5424

**UF do CRM do médico:** AL

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

