

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Nº Sinistro: **3180250437**

Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180250437**.

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 12923241



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Sinistro: **3180250437**

Vítima: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180250437** 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, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Nº Sinistro **3180250437**

Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3180250437**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **02/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Nº Sinistro: **3180371525**

Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMIDIO GUERREIRO DE MORAES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371525**.

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 13267661



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Nº Sinistro: **3180446048**

Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Data do Acidente: **02/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMIDIO GUERREIRO DE MORAES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180446048**.

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 13411086



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**  
Nº Sinistro: **3180446048**  
Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**  
Data do Acidente: **02/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMIDIO GUERREIRO DE MORAES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180446048**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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**

Carta nº 13413393



---

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Nº Sinistro: **3180446048**  
Vitima: **EDUARDO AMARO MORAIS**  
Data do Acidente: **02/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador **EMIDIO GUERREIRO DE MORAES**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180446048**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **02/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536060

Vítima: EDUARDO AMARO MORAIS

Data do Acidente: 02/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMIDIO GUERREIRO DE MORAES

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), EDUARDO AMARO MORAIS**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13622334





Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDUARDO AMARO MORAIS**

Sinistro: **3180536060**  
Vítima: **EDUARDO AMARO MORAIS**  
Data do Acidente: **02/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **EMIDIO GUERREIRO DE MORAES**

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 3180536060** 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**

Carta nº 13674996





Seguradora Líder - DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADATRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1206 (exclusivamente para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

É necessário o preenchimento completo com todos os campos com dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, titular ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 a 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima:  
022.112.323- 70Nome completo da vítima:  
EDUARDO AMARO MORAIS**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome Completo <b>EDUARDO AMARO MORAIS</b>		CPF titular da conta <b>022.112.323-70</b>	Profissão <b>Mecânico</b>
Endereço <b>Rua Vereador Jose Vieira de Lima</b>		Número <b>69</b>	Complemento <b>Casa</b>
Bairro <b>Alto do Motor</b>	Cidade <b>Boa Viagem</b>	Estado <b>Ceará</b>	CEP <b>63.870-000</b>
E-mail			Telefone (DDD) <b>(88) 9 9785 - 8466</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR      ☐ SEM RENDA      ☐ ATÉ R\$ 1.000,00      ☐ R\$ 1.000,00 ATÉ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ 5.000,00      ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ 7.000,00      ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente pra os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237)    ☐ BANCO DO BRASIL (001)    ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

Banco : 104    Agência: 4370    Conta: 14.299- 4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)  
☐ BRADESCO (237)    ☐ BANCO DO BRASIL (001)    ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Viagem - CE, 18 de Maio de 2018.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADATRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1206 (exclusivamente para pessoas com deficiência auditiva).

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo com todos os campos com dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/embolso.

É obrigatório Representante legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, titular ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 a 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima:  
022.112.323-70

Nome completo da vítima:  
EDUARDO AMARO MORAIS

RECEBEMOS

24 SET 2018

## DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome Completo <b>EDUARDO AMARO MORAIS</b>		CPF titular da conta 022.112.323-70	Profissão Mecânico
Endereço <b>Rua Vereador Jose Vieira de Lima</b>		Número 69	Complemento Casa
Bairro <b>Alto do Motor</b>	Cidade <b>Boa Viagem</b>	Estado <b>Ceará</b>	CEP 63.870-000
E-mail			Telefone (DDD) [88] 9 9785 - 8466

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

## FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR      ☐ SEM RENDA      ☐ ATÉ R\$ 1.000,00      ☐ R\$ 1.000,00 ATÉ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ 5.000,00      ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ 7.000,00      ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente pra os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237)    ☐ BANCO DO BRASIL (001)    ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Banco: 104    Agência: 4370    Conta: 14.299-4

☐ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)  
☐ BRADESCO (237)    ☐ BANCO DO BRASIL (001)    ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Viagem - CE, 18 de Maio de 2018.

Local e Data

*Eduardo Amaro Moraes*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

24 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: EDUARDO AMARO MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04370

CONTA: 000000014299-4

---

Nr. da Autenticação B7DEFE08022BB4AE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180536060

**Nome do(a) Examinado(a):** EDUARDO AMARO MORAIS

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA VEREADOR JOSE VIEIRA DE LIMA , 69  
- Boa Viagem/CE - CEP 63870-000

**Identificação - Órgão Emissor/UF/Número :** 2000097068897 - SSP CE

**Data e Local do Acidente :** 02/05/2018 - BR 020 - ANAFUÊ

**Data e Local do Exame :** 17/12/2018 AV. CORONEL VICENTE  
ALEXANDRINO DE SOUSA, 115 - TAUÁ/CE

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. REALIZOU FISIOTERAPIA [20 SESSÕES]. RELATA ALTA EM AGOSTO DE 2018

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

EDEMA RESIDUAL EM OMBRO ESQUERDO. APRESENTA PROTUBERÂNCIA ÓSSEA EM CLÁVICULA [EXTREMIDADE ACROMIAL]. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO [ABDUÇÃO + CIRCUNDAÇÃO]. REDUÇÃO DE FORÇA DE CARGA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

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

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

BLOQUEIO ARTICULAR

**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 (\*).

Vide motivo do impedimento 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)

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

Região Corporal

OMBRO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( X ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

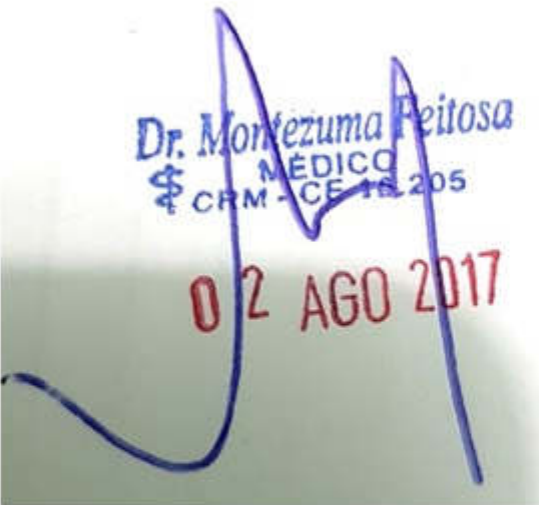
\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

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





Dr. Montezuma Feitosa  
MÉDICO  
CRM - CE 16.205  
02 AGO 2017

---

MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO CRM : 16205 / UF :CE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180446048 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE EM VALOR MAXIMO DE 13500,00 REAIS.SINISTRO ATUAL 0%

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536060 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 03/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PÁG.1 HISTORICO. SEGURADO JÁ RECEBEU 13.500,00 CONFORME SINISTROS Nº 2007165519 E 2009411974 (Judicial).

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536060 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 03/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @PÁG.1 HISTORICO. SEGURADO JÁ RECEBEU 13.500,00 CONFORME SINISTROS Nº 2007165519 E 2009411974 (Judicial).

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180446048 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 18/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536060 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA RESIDUAL EM OMBRO ESQUERDO. APRESENTA PROTUBERÂNCIA ÓSSEA EM CLAVÍCULA [EXTREMIDADE ACROMIAL]. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO [ABDUÇÃO + CIRCUNDAÇÃO]. REDUÇÃO DE FORÇA DE CARGA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. REALIZOU FISIOTERAPIA [20 SESSÕES]. RELATA ALTA EM AGOSTO DE 2018

**Sequelae permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM OMBRO ESQUERDO

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM OMBRO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

**CRM do médico:** 16025

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

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180536060 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA RESIDUAL EM OMBRO ESQUERDO. APRESENTA PROTUBERÂNCIA ÓSSEA EM CLAVÍCULA [EXTREMIDADE ACROMIAL]. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO [ABDUÇÃO + CIRCUNDAÇÃO]. REDUÇÃO DE FORÇA DE CARGA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. REALIZOU FISIOTERAPIA [20 SESSÕES]. RELATA ALTA EM AGOSTO DE 2018

**Sequelae permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE (25%) EM OMBRO ESQUERDO

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM OMBRO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** MONTEZUMA FEITOSA ALEXANDRINO

**CRM do médico:** 16025

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

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** ALESSANDRA DURAES ALTAF

**CRM do médico:** 016562

**UF do CRM do médico:** CE

**Assinatura do médico:**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351195/18

**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS

**CPF:** 022.112.323-70

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 02/05/2018

**Titular do CPF:** EDUARDO AMARO MORAIS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### EMIDIO GUERREIRO DE MORAES : 029.887.863-13

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### EDUARDO AMARO MORAIS : 022.112.323-70

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018  
Nome: EMIDIO GUERREIRO DE MORAES  
CPF: 029.887.863-13

EMIDIO GUERREIRO DE MORAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351195/18

**Número do Sinistro:** 3180446048

**Vítima:** EDUARDO AMARO MORAIS

**CPF:** 022.112.323-70

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 02/05/2018

**Titular do CPF:** EDUARDO AMARO MORAIS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/10/2018  
Nome: EMIDIO GUERREIRO DE MORAES  
CPF: 029.887.863-13

EMIDIO GUERREIRO DE MORAES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE