

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2017

Carta nº: 11826012

A/C: JOSE AILTON XAVIER

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170548520 ASL-0395404/17

**Vitima:** JOSE AILTON XAVIER

**Data Acidente:** 27/04/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JULIO CESAR DA SILVA

**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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº: 11838990

A/C: JOSE AILTON XAVIER

**Sinistro:** 3170548520 ASL-0395404/17  
**Vítima:** JOSE AILTON XAVIER  
**Data Acidente:** 27/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIO CESAR DA SILVA

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta n°: 11926828

A/C: JOSE AILTON XAVIER

**Sinistro:** 3170548520 ASL-0395404/17  
**Vitima:** JOSE AILTON XAVIER  
**Data Acidente:** 27/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JULIO CESAR DA SILVA

**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 AILTON XAVIER**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000002758**

**Conta: 0000035472-3**

**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.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 Vítimas do Seguro DPVAT

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

Sinistro: 3170548520 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JOSE AILTON XAVIER

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE SINESIO DOS SANTOS nº 09 - ASSUNCAO - SAO PAULO DO POTENGI/RN

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2117781 - SSP

Data local do exame: 27/10/2017 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)

**Fratura do terço médio da clavícula direita.**

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 complicações.

**Realizado tratamento conservador de fratura de clavícula direita.**

**Alta em agosto de 2017. Dor e deformidade na clavícula direita, limitação da abdução do ombro.**

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

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.

**deficit funcional leve do ombro direito**

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 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*

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 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%

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"

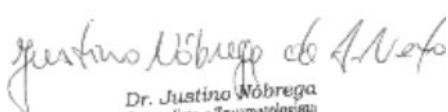
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - NATAL, 27/10/2017

Médico Perito: JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO CRM:3940/RN

  
Dr. Justino Nobrega  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Quadril  
CRM 3940 TECOT 8970

Assinatura do perito Examinador - CRM

# 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: 01/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOSE AILTON XAVIER

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02758

CONTA: 000000035472-3

---

Nr. da Autenticação 26F6474ADB6C4ED5

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170548520  
**Vítima:** JOSE AILTON XAVIER

**Cidade:** Macaíba  
**Data do acidente:** 27/04/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio da clavícula direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Deficit funcional leve do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador de fratura de clavícula direita.  
Alta em agosto de 2017. Dor e deformidade na clavícula direita, limitação da abdução do ombro.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

**CRM do médico:** 3940

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

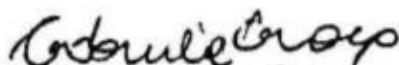
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170548520      **Cidade:** Macaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE AILTON XAVIER      **Data do acidente:** 27/04/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 20/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

**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:** 3170548520  
**Vítima:** JOSE AILTON XAVIER

**Cidade:** Macaíba  
**Data do acidente:** 27/04/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do terço médio da clavícula direita.

**Descrição do exame médico pericial:** Deficit funcional leve do ombro direito

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador de fratura de clavícula direita.  
Alta em agosto de 2017. Dor e deformidade na clavícula direita, limitação da abdução do ombro.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** \*NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** JUSTINO NOBREGA DE AZEVEDO NETO

**CRM do médico:** 3940

**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 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:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

