

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180176979

Vitima: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Data do Acidente: 08/01/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180176979**.

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

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Carta n°: 12784579

A/C: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180176979
Vitima: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO
Data do Acidente: 08/01/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000452-9

Conta: 000000601727-4

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%

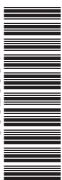
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00452-9

CONTA: 00000601727-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0805201805000000000237004520000060172784375 PAGO

**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: **3180176979**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA LEDA DE OLIVEIRA RIBEIRO**

Endereço do(a) Examinado(a): **tv 24 de março, nº 31, Dias Macedo, FORTALEZA, CE**

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: **Documento de Identidade, SSP / CE, 2003007048705**

Data e local do acidente: **08/01/2016, ITAPIPOCA, CE**

Data e local do exame: **03/05/2018, Fortaleza/CE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura da clavícula à esquerda e contusão torácica.

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

Após a realização de tratamento cirúrgico de dreno torácico, tratamento conservador da fratura com uso de tipoia e posterior realização de sessões de fisioterapia, a lesão obteve resposta discreta, tendo sido apurado na anamnese e exame físico a existência de sequela permanente no ombro esquerdo, inexistindo tratamentos terapêuticos para as lesões decorrentes do acidente.

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

Periciado em bom estado geral. Ao exame físico, apresenta leve deformidade em clavícula esquerda com. dor com movimento de rotação interna do ombro esquerdo. Apresenta diminuição da amplitude dos movimentos em ombro esquerdo, com limitação aos movimentos de abdução em 140º, bem como rotação medial em 45º. Apresenta dor à palpação na região clavicular e à mobilização do ombro. Apresenta trofismo mantido em membro superior sem prejuízo de força motora, de modo que a lesão fica restrita ao segmento. Com relação à contusão torácica, após avaliação, não foi constatada presença de sequela decorrente da lesão, eis que o periciado apresenta preservada a mobilidade total da estrutura torácica, sem prejuízo à insuflação e desinsuflação pulmonar.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não.

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

Perda parcial e incompleta em ombro esquerdo devido à redução de mobilidade.

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 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).

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

Região Corporal (Sequela): Ombro - Esquerdo - LEVE - 25%

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% do dano:

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

Região Corporal (Sequela): - -

% 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. **A contusão torácica evoluiu bem com tratamento resolutivo sem sequelas.**

Dr. Mateus de Holanda Carvalho

Médico do Trabalho

CRM-CE: 8581 / RQE: 7628

Assinatura e carimbo do médico