
Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIELY GOMES BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180434434**
Vitima: **LUCIELY GOMES BEZERRA**
Data do Acidente: **18/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434434**.

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

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: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIELY GOMES BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02183

CONTA: 00000090347-0

Nr. da Autenticação 7D13F7B9B564FFE0

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434434 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIELY GOMES BEZERRA **Data do acidente:** 18/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA RELATA DOR NA MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA DO OMBRO. AO EXAME, APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ABDUÇÃO, ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA DO OMBRO ESQUERDO E REDUÇÃO DE FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DE FRATURA E OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA DEFINITIVA COM DANO FUNCIONAL NO OMBRO ESQUERDO

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Casemiro Dutra de Medeiros Junior

CRM do médico: 6818

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: