

---

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**

Carta nº 13392237





# 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 OSTEOSSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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:**