



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2016

Carta nº: 10020372

A/C: ADAILTON VIANA DA ROCHA

**Sinistro:** 3160658879 ASL-1130235/16  
**Vítima:** ADAILTON VIANA DA ROCHA  
**Data Acidente:** 16/07/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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, 02 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10120973

A/C: ADAILTON VIANA DA ROCHA

Sinistro: 3160658879 ASL-1130235/16  
Vitima: ADAILTON VIANA DA ROCHA  
Data Acidente: 16/07/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

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: ADAILTON VIANA DA ROCHA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002044

Conta: 0000079631-7

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





---

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2016

Carta nº: 10000323

A/C: ADAILTON VIANA DA ROCHA

**Sinistro:** 3160658879 ASL-1130235/16  
**Vitima:** ADAILTON VIANA DA ROCHA  
**Data Acidente:** 16/07/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAQUELINE DE SOUZA SANTOS

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

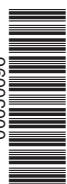
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



# 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: 28/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ADAILTON VIANA DA ROCHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 00000079631-7

---

Nr. da Autenticação 24C913606133861E

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160658879      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILTON VIANA DA ROCHA      **Data do acidente:** 16/07/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO ASSOCIADO A LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE SUPERIOR DO OMBRO ESQUERDO DE CERCA DE 9 CM E DUAS PUNTIFORMES. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0-140°, EXTENSÃO DE 0-40°, ADUÇÃO DE 0-40°, ABDUÇÃO DE 0-130°, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE 0-90°. AUSÊNCIA DE QUEIXAS AO NÍVEL DO TÓRAX. SEM ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS E ÂNCORAS, CERCA DE 15 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA PORTAVA RX DA LUXAÇÃO SUPRACITADA.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

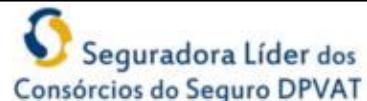
**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160658879      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILTON VIANA DA ROCHA      **Data do acidente:** 16/07/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 14/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO TÓRAX E OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160658879      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADAILTON VIANA DA ROCHA      **Data do acidente:** 16/07/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO ASSOCIADO A LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE SUPERIOR DO OMBRO ESQUERDO DE CERCA DE 9 CM E DUAS PUNTIFORMES. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0-140°, EXTENSÃO DE 0-40°, ADUÇÃO DE 0-40°, ABDUÇÃO DE 0-130°, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE 0-90°. AUSÊNCIA DE QUEIXAS AO NÍVEL DO TÓRAX. SEM ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA COM OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS E ÂNCORAS, CERCA DE 15 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA PORTAVA RX DA LUXAÇÃO SUPRACITADA.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ADAILTON VIANA DA ROCHA** Sinistro: **3160658879** Data: **16/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R NELSON GERALDO FREIRE, 1583, CASA - LAGOA NOVA - Natal - RN - CEP 59064-160**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **003.284.944**

Data local do exame: [ **22/11/2016** ] **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)  
**TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO ASSOCIADO A LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA. A VÍTIMA REFERE REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE SUPERIOR DO OMBRO ESQUERDO DE CERCA DE 9 CM E DUAS PUNTIFORMES. ADM DA FLEXÃO DO OMBRO ESQUERDO DE 0-140°, EXTENSÃO DE 0-40°, ADUÇÃO DE 0-40°, ABDUÇÃO DE 0-130°, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE 0-90°. AUSÊNCIA DE QUEIXAS AO NÍVEL DO TORAX. SEM ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

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? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

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? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA COM OSTEOSSÍNTSE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS E ÂNCORAS, CERCA DE 15 DIAS APÓS O SINISTRO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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

**Limitação funcional do ombro esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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"

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)

(    ) "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 esquerdo**

% do dano: (    ) 10% residual ( **X** ) 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

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 valoração do dano corporal.

**A VÍTIMA PORTAVA RX DA LUXAÇÃO SUPRACITADA.**

*Rosa Maria Vaz dos Santos*