

---

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALDILANIA SOARES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180554915**

Vítima: **ALDILANIA SOARES DA SILVA**

Data do Acidente: **27/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554915**.

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**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166624**      **Vítima: ALDILANIA SOARES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALDILANIA SOARES DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: ALDILANIA SOARES DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001650-0**

**Conta: 0000028831-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

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

**Número do Sinistro:** 3190166624

**Nome do(a) Examinado(a):** ALDILANIA SOARES DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA ALTO DO DERBY, 52 - BOM JARDIM/PE - CEP 55730-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 10047284 - sds pe - 24/09/2014

**Data e Local do Acidente :** 27/08/2018 - BOM JARDIM/PE

**Data e Local do Exame :** 14/03/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

**Resultado da Avaliação Médica**

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

TCE leve, fratura de umero proximal direito, fratura de 1 QDE.

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, suporte clínico, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 45 dias

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

vítima consciente e orientada ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Apresenta fratura de 1 QDE com consolidação alinhada, movimento preservado, realiza movimento de pinça. Ombro direito com bloqueio articular, com limitação na mobiliade (flexão a 90 graus, abdução a 100 graus), deficit de força medio.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [ ] Não**

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

limitação de grau medio do ombro direito, com bloqueio articular

**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 (\*).**

- Vide motivo do impedimento 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	Região Corporal
ombro direito	_____
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( X ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo
Região Corporal	Região Corporal
_____	_____
% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve	% do Dano ( <input type="checkbox"/> ) 10% residual ( <input type="checkbox"/> ) 25% leve
( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo	( <input type="checkbox"/> ) 50% médio ( <input type="checkbox"/> ) 75% intensa ( <input type="checkbox"/> ) 100% completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



---

LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

# 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: 22/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALDILANIA SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01650-0

CONTA: 000000028831-4

---

Nr. da Autenticação FF51070F0831EA11

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190166624      **Cidade:** Bom Jardim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDILANIA SOARES DA SILVA      **Data do acidente:** 27/08/2018      **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE leve, fratura de umero proximal direito, fratura de 1 QDE

**Descrição do exame físico:** vítima consciente e orientada ao exame, sem deficit cognitivo, realiza contato verbal e visual com o entrevistador. Apresenta fratura de 1 QDE com consolidação alinhada, movimento preservado, realiza movimento de pinça. Ombro direito com bloqueio articular, com limitação na mobilidade (flexão a 90 graus, abdução a 100 graus), deficit de força médio.

**Resultados terapêuticos:** Tratado conservadoramente com imobilização local, suporte clínico, evoluindo sem complicações. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 45 dias

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado (50%) em ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/03/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## 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>