

---

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11242757

A/C: WILLAME MORAIS DE LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170355249 ASL-0247061/17

**Vitima:** WILLAME MORAIS DE LIMA

**Data Acidente:** 17/04/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** CLEZIANNY FREIRE SILVA

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2017

Carta nº: 11275849

A/C: WILLAME MORAIS DE LIMA

**Sinistro:** 3170355249 ASL-0247061/17  
**Vítima:** WILLAME MORAIS DE LIMA  
**Data Acidente:** 17/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CLEZIANNY FREIRE SILVA

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 26 de Julho de 2017

Carta n°: 11374732

A/C: WILLAME MORAIS DE LIMA

Sinistro: 3170355249 ASL-0247061/17  
Vitima: WILLAME MORAIS DE LIMA  
Data Acidente: 17/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CLEZIANNY FREIRE SILVA

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: WILLAME MORAIS DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000003224-7

Conta: 0000077737-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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](http://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: 24/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: WILLAME MORAIS DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03224-7

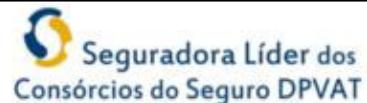
CONTA: 00000077737-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO24072017050000000002370322400000077737253125 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170355249      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLAME MORAIS DE LIMA      **Data do acidente:** 17/04/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E TRAUMA ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170355249      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WILLAME MORAIS DE LIMA      **Data do acidente:** 17/04/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL, ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO BRAÇO ESQUERDO, PROEMINÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO CONSEGUE CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA NA REGIÃO CLAVICULAR ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Data da alta: HÁ 01 MÊS.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO GRAVE DO ARCO DO MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APÓS ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR MAIS LAUDO MÉDICO PRESENCIAL, FEITA A READEQUAÇÃO PARA OMBRO 75%.

**Médico examinador:** URAI DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 4315

**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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**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): Willame Morais de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Estrela do Mar, 7  
Felipe Camarão Natal RN CEP: 59074-115  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 2553700  
Data local do exame: [ 14/07/2017 ] 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)

**FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.**

**LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE PARA ADUÇÃO HORIZONTAL, ELEVAÇÃO E ROTAÇÃO INTERNA DO BRAÇO ESQUERDO, SALIÊNCIA EM FOCO DE FRATURA NA CLAVICULA ESQUERDA, NÃO CONSEGUE CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA NA REGIAO CLAVICULAR ESQUERDA.**

- 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?

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?

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.

**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA SER REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA.**

**Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MES.**

**REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA, FEZ 20 SESSOES DE FISIOTERAPIAS.**

**Complicações: NAO APRESENTOU.**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

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.

**INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE MEMBRO SUPERIOR A ESQUERDA COM LIMITACAO DA ADM**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

