

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, 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, 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 início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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 nº: 11374732

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.: 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.

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: 000000077737-4

Nr. Autenticação

BRDESCO240720170500000000023703224000000077737253125 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

Valoração 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

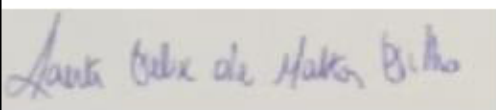
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

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 Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Willame Moraes 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 CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO CONSEGUE CARREGAR PESO COM O MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA, NEUROVASCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO PRESERVADO, FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA NA REGIÃO 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 susceptível 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 NÍVEL DE MEMBRO SUPERIOR À ESQUERDA COM LIMITAÇÃO 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

