

Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

**Nº Sinistro:** 3180307205

**Vitima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

**Data do Acidente:** 12/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180307205**.

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**



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Nº Sinistro:** 3180307205  
**Vitima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Data do Acidente:** 12/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LINDEMBERG SILVA DE SOUZA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180307205**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Nº Sinistro:** 3180307205  
**Vitima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Data do Acidente:** 12/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador** LINDEMBERG SILVA DE SOUZA

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180307205**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/03/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Nº Sinistro:** 3180424681  
**Vitima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Data do Acidente:** 12/03/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LINDEMBERG SILVA DE SOUZA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424681**.

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**

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

**Sinistro:** 3180424681

**Vítima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

**Data do Acidente:** 12/03/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** LINDEMBERG SILVA DE SOUZA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

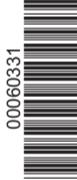
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180424681** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Carta nº 13482899

A/C: FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180424681 ASL-0334692/18  
**Victima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA  
**Data Acidente:** 12/03/2018  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LINDEMBERG SILVA DE SOUZA

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

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, 26 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180424681**      **Vítima: FRANCISCO LUCIEL PEREIRA**

**Data do Acidente: 12/03/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: LINDEMBERG SILVA DE SOUZA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO LUCIEL PEREIRA**

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\$ 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

**Recebedor: FRANCISCO LUCIEL PEREIRA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002044**

**Conta: 0000058729-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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



# 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: 19/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: FRANCISCO LUCIEL PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 00000058729-7

---

Nr. da Autenticação C3E1913311FDE244

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180424681      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LUCIEL PEREIRA      **Data do acidente:** 12/03/2018      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 25/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



**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.**

Número do Sinistro: **3180424681**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO LUCIEL PEREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R MAR DA GALILEIA, 155 - VIDA NOVA - Parnamirim - RN - CEP 59147410**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /RN** ] **1.878.727**

Data e local do acidente: [ **12/03/2018** ] **PARNAMIRIM / RN**

Data e local do exame: [ **02/10/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA FECHADA DA ESPINHA ESCAPULAR DIREITA.**

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

**A VÍTIMA REFERE DOR NO OMBRO DIREITO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS. AO EXAME, APRESENTA DEFORMIDADE SALIENTE EM CINTURA ESCAPULAR DIREITA, REDUÇÃO DA FLEXÃO (AMD 0°-150°), EXTENSÃO (AMD 0°-30°), ADUÇÃO (AMD 0°-30°), ABDUÇÃO (AMD 0°-150°), ROTAÇÃO INTERNA (AMD 0°-40°) E ROTAÇÃO EXTERNA (AMD 0°-40°) DO OMBRO DIREITO. SEM ATROFIA MUSCULAR E SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE ESCAPULA DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA POR CERCA DE 30 DIAS. FOI INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, MAS NÃO FOI REALIZADO. RECEBEU ALTA.**

**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 funcional do ombro direito**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**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 (\*).

(  ) "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 (Sequela):

**Ombro direito**

% 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):

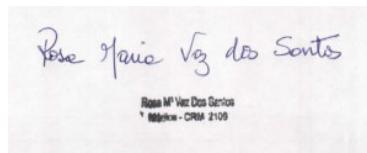
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

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

**A VÍTIMA PORTAVA RX DA FRATURA DESCrita ACIMA.**



Rosa M<sup>a</sup> Vaz Dos Santos  
RN - CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN