
Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11674501

A/C: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170500718 ASL-0358926/17

Vitima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Data Acidente: 23/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2017

Carta nº: 11698059

A/C: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170500718 ASL-0358926/17

Vitima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Data Acidente: 23/06/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **14/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS**

Sinistro: **3170500718**

Vítima: **EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **23/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

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 3170500718** 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** 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, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12575098

A/C: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170500718
Vitima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS
Data do Acidente: 23/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ

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: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000004469

Conta: 000005589-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

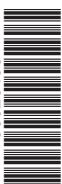
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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



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: 21/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04469

CONTA: 00000005589-5

Nr. da Autenticação 1D280623612CB799

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170500718 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PROCESSO CARACOIDE, ESCAPULA PORÇÃO SUPERIOR E TUBEROSIDADE MAIOR DO ÚMERO A ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5) EM VIRTUDE DA ALGIA NO OMBRO, ATROFIA LEVE DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS, AUMENTO DO VOLUME DA CABEÇA DO ÚMERO (CALO ÓSSEO) E DA PORÇÃO SUPERIOR DA ESCAPULA, DOR E RIGIDEZ ARTICULAR DO OMBRO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO). A PERICIADA REFERE PARESTESIA NO OMBRO E MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
2- O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA TIPO AMERICANA.
SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.
3 - DATA DA ALTA DEFINITIVA 26/06/2016.
4 - NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES

Sequelas permanentes: PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/03/2018

Conduta mantida:

Observações: VITIMA APRESENTA DANO CORPORAL DESCrito PELO COLEGA EXAMINADOR QUE ACARRETA SEQUELA FUNCIONAL, INDENIZÁVEIS CONFORME ART. 31º DA LEI 11.945/2009

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. Ferreira".

**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: 3170500718

Nome do(a) Examinado(a): EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ALZIRA MARCELINA DE JESUS, SN -
SN - ARACAJU/SE - CEP 49020-360

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3.027.712-4 - SSP - 12/02/2013

Data e Local do Acidente : 23/06/2016

Data e Local do Exame : 14/03/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE
- CEP 49010-310

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PROCESSO CARACOIDE, ESCAPULA PORÇÃO SUPERIOR
E TUBEROSIDADE MAIOR DO ÚMERO A ESQUERDA.

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

1 - O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO
DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2- O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA TIPO
AMERICANA.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3 - DATA DA ALTA DEFINITIVA 26/06/2016.

4 - NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5) EM VIRTUDE
DA ALGIA NO OMBRO, ATROFIA LEVE DO MÚSCULO DELTOIDE E
BÍCEPS, AUMENTO DO VOLUME DA CABEÇA DO ÚMERO (CALO ÓSSEO)
E DA PORÇÃO SUPERIOR DA ESCAPULA, DOR E RIGIDEZ ARTICULAR
DO OMBRO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO,
EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO
OMBRO (OMBRO CONGELADO).

A PERICIADA REFERE PARESTESIA NO OMBRO E MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO

**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 suscetível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO OMBRO ESQUERDO.

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

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.

Manoel Otacilio Nascentes Júnior

Manoel Otacilio N
Clínica e Auditório M
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170500718 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de úmero esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170500718 **Cidade:** Carira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINEIDE ALEIXO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/06/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Trauma em membro superior esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar documentação médica completa ou relatório médico descrevendo as condutas médicas realizadas e os resultados terapêuticos obtidos após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: