



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2016

Carta nº: 8778147

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160157561  
**Vitima:** CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 20/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 14 de Março de 2016

Carta nº: 8867756

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160157561  
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 20/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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, 31 de Março de 2016

Carta nº: 8936348

A/C: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160157561 ASL-0111103/16  
Vítima: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA  
Data Acidente: 20/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: JAKSONEY JOSE DE OLIVEIRA

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: CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 0000022750-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 7.087,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

|   |     |          |
|---|-----|----------|
| Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = | R\$ | 7.087,50 |
|---|-----|----------|

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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): Carlos Daniel Soares de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Rita de Cassia, 25  
Baixa do Meio Guamaré RN CEP: 59598-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003094054  
Data local do exame: [ 17/03/2016 ] Mossoró [ 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 do plato tibial direito.**

**Apresenta limitação dos movimentos do joelho direito grave e perna direita, assim como limitação da amplitude grave, limitação na marcha, com hipotrofia quadricipital. Cicatriz em região da perna direita por fixação externa.**

- 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?

(X) 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?

(X) 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.

**Deu entrada na emergência, onde foi realizado internamento e tratamento cirúrgico em membro inferior direito, recebendo alta, não realizou fisioterapia.**

**Data da alta: Alta em meados de novembro de 2015, ficando internado por 9 dias.**

**Realizado cirurgia em perna direita, com colocação de fixador externo, associada a AINES, evoluindo com limitação funcional e anatômica em membro inferior direito moderada a grave.**

**Complicações: Não apresentou complicação.**

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

(X) 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.

**Marcha claudicante, com limitação em deambular, sendo necessário uso de moletas, deformidade ossea em região do joelho direito, limitação na flexão, extensão moderada grave, com dificuldade em fixar o pé direito no chão.**

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior - Lado Direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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 do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dixon Fradik Medeiros Lima  
Médico Perito  
SAUDE SEG  
CRM 5997

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160157561 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 14/03/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Fratura de MID.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160157561 **Cidade:** Guamaré **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS DANIEL SOARES DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 20/11/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do plato tibial direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Apresenta limitação dos movimentos do joelho direito grave e perna direita, assim como limitação da amplitude grave, limitação na marcha, com hipotrofia quadricipital. Cicatriz em região da perna direita por fixação externa.

**Resultados terapêuticos:** Realizado cirurgia em perna direita, com colocação de fixador externo, associada a AINES, evoluindo com limitação funcional e anatômica em membro inferior direito moderada a grave.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave em MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/03/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %  | Em grau intenso - 75 %  | 52,5%     | R\$ 7.087,50             |
| Total   |   |   | 52,5 %    | R\$ 7.087,50             |

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

