

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2015

Carta n°: 8133723

A/C: PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA

**Sinistro:** 3150938658  
**Vitima:** PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **10/11/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/08/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

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 de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8249105

A/C: PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA

**Sinistro:** 3150938658  
**Vítima:** PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8665804

A/C: PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA

**Sinistro:** 3150938658  
**Vítima:** PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta n°: 8765508

A/C: PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA

Sinistro:	3150938658
Vitima:	PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA
Data Acidente:	27/08/2015
Natureza:	INVALIDEZ
Procurador:	SERGIO LUIZ UNIZICKI

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: PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000074270-9

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 punhos 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.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

Sinistro: **3150938658 - 2**

Nome do(a) Examinado(a): **PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TACITO LUCAS PEGADO nº 7 - CENTRO - MACAIBA/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: **18/02/2016 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 DO PUNHO ESQUERDO (RÁDIO E ULNA DISTAIS)**

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**PUNHO ESQUERDO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS POR 60 DIAS.  
ALTA MÉDICA**

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.

**PUNHO ESQUERDO APRESENTA ENCURTAMENTO DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO EM VARO, AUMENTO DE VOLUME E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO VOLAR.**

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)

**PUNHO ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**RN - NATAL, 18/02/2016**

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**

**Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.**  
Médico - Perito  
CRMCE - 6302



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150938658      **Cidade:** Macaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA      **Data do acidente:** 27/08/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO (RÁDIO E URNA DISTAIS)

**Descrição do exame** PUNHO ESQUERDO APRESENTA ENCURTAMENTO DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO EM VARO, AUMENTO DE  
**médico pericial:** VOLUME E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO VOLAR.

**Resultados terapêuticos:** PUNHO ESQUERDO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS POR 60 DIAS.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/02/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

**CRM do médico:** 6302

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	\$2,531.25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>\$2,531.25</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150938658      **Cidade:** Macaíba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PATRICIO JOANAS DOMINGOS DA      **Data do acidente:** 27/08/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PUNHO ESQUERDO (RÁDIO E URNA DISTAIS)

**Descrição do exame** PUNHO ESQUERDO APRESENTA ENCURTAMENTO DO RÁDIO DISTAL COM DESVIO EM VARO, AUMENTO DE  
**médico pericial:** VOLUME E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DORSAL E FLEXÃO VOLAR.

**Resultados terapêuticos:** PUNHO ESQUERDO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS POR 60 DIAS.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/02/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

**CRM do médico:** 6302

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	\$2,531.25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>\$2,531.25</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**