



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5881003

A/C: MARIA DO DESTERRO LIMA

Sinistro: 3140105125
Vitima: MARIA DO DESTERRO LIMA
Data Acidente: 06/07/2014
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.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, 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.

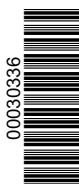
ATENÇÃO:

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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5926903

A/C: MARIA DO DESTERRO LIMA

Sinistro: 3140105125
Vítima: MARIA DO DESTERRO LIMA
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

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, 06 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6047557

A/C: MARIA DO DESTERRO LIMA

Sinistro: 3140105125
Vitima: MARIA DO DESTERRO LIMA
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: MARIA DO DESTERRO LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000763

Conta: 0000042568-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

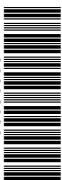
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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.

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: 30/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO DESTERRO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00763

CONTA: 000000042568-1

Nr. da Autenticação 36A4F93FD62BBA0D

**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): Maria do Desterro Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Beira Rio, 36
Manoel Deodato Pau dos Ferros RN CEP: 59900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.341.991
Data local do exame: [19/12/2014] Pau dos Ferros [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 EXPOSTA EM CALCANEU DIREITO, APRESENTA DIFICULDADE PARA ANDAR.

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.

VITIMA EM BOM ESTADO GERAL, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM CALCANEU DIREITO E TEVE ALTA MEDICA EM OUTUBRO DE 2014.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 PARCIAL EM VIRTUDE DE DIFICULDADE PARA ANDAR.

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):

TORNOZELO DIREITO

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

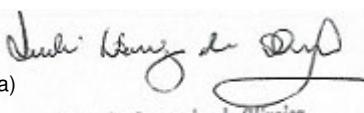
50% médio 75% intensa 100% completo

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.


Dr. André Fernandes de Oliveira
Ortopedia/Reumatologia
CRM/RN 4677

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140105125 **Cidade:** Patu
Vítima: MARIA DO DESTERRO **Data do acidente:** 06/07/2014 **Natureza:** Invalidez
 LIMA **Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A **Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda. **CRM do médico:** 4677

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM CALCANEU DIREITO

Descrição do exame médico pericial: INVALIDEZ PARCIAL EM VIRTUDE DE DIFICULDADE PARA ANDAR

Resultados terapêuticos: VITIMA EM BOM ESTADO GERAL, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM CALCANEU DIREITO E TEVE ALTA MEDICA EM OUTUBRO DE 2014

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM TORNOZELO D

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 19/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: Andre Fernandez de Oliveira

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140105125 **Cidade:** Patu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO DESTERRO LIMA **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/12/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER'

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140105125**Cidade:** Patu**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA DO
DESTERRO LIMA**Data do acidente:** 06/07/2014**Emissor do parecer:** GALDINO
LEONARDO**Seguradora:** ARUANA SEGUROS
S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 4677

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM CALCANEU DIREITO**Descrição do exame médico pericial:****Resultados** VITIMA EM BOM ESTADO GERAL, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM CALCANEU DIREITO E TEVE ALTA
terapêuticos: MEDICA EM OUTUBRO DE 2014**Sequelas** DANO MÉDIO EM TORNOZELO D
permanentes:**Sequelas :** Com sequelas**Data da perícia:** 19/12/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Andre Fernandez de Oliveira**UF do CRM do médico:**

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140105125**Cidade:** Patu**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA DO
DESTERRO LIMA**Data do acidente:** 06/07/2014**Emissor do parecer:** GALDINO
LEONARDO**Seguradora:** ARUANA SEGUROS
S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 4677

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA EM CALCANEU DIREITO**Descrição do exame médico pericial:****Resultados** VITIMA EM BOM ESTADO GERAL, REALIZOU TRATAMENTO CONSERVADOR EM CALCANEU DIREITO E TEVE ALTA
terapêuticos: MEDICA EM OUTUBRO DE 2014**Sequelas** DANO MÉDIO EM TORNOZELO D
permanentes:**Sequelas :** Com sequelas**Data da perícia:** 19/12/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** Andre Fernandez de Oliveira**UF do CRM do médico:**

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50