



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2016

Carta nº: 9208433

A/C: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

**Sinistro:** 3160342023 ASL-0897874/16  
**Vitima:** GUSTAVO SANTOS DA SILVA  
**Data Acidente:** 07/12/2015  
**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](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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2016

Carta nº: 9222765

A/C: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

Sinistro: 3160342023 ASL-0897874/16  
Vitima: GUSTAVO SANTOS DA SILVA  
Data Acidente: 07/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- DUT

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 GENTE 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, 19 de Julho de 2016

Carta nº: 9389075

A/C: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

Sinistro: 3160342023 ASL-0897874/16  
Vítima: GUSTAVO SANTOS DA SILVA  
Data Acidente: 07/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DENER ANDERSON DA SILVA ALVES

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, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9498914

A/C: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

Sinistro: 3160342023 ASL-0897874/16  
Vítima: GUSTAVO SANTOS DA SILVA  
Data Acidente: 07/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DENER ANDERSON DA SILVA ALVES

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: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000039491-0

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3160342023 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **GUSTAVO SANTOS DA SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CAFEARA nº 126 - POTENGI - NATAL/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 001734783 - SSP**  
Data local do exame: **29/07/2016 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)

#### CONTUSÃO EM COTOVELO ESQUERDO

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 complicação.

#### COTOVELO ESQUERDO - TRATAMENTO CONSERVADOR - 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.

#### LIMITAÇÃO MODERADA DA EXTENSÃO E LEVE DA FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO. LEVE EDEMA ARTICULAR

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)

#### COTOVELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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, 29/07/2016**

**Médico Perito: DIEGO ALVARES DE MELO SANTOS CRM: 5284995-2**

  
Diego Alvares de M. Santos  
Médico  
CRM: 52-84995-2

Assinatura do perito Examinador - CRM

## 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: 02/08/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GUSTAVO SANTOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000039491-0

Nr. da Autenticação 42AB5C6BCA967BD7

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160342023 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO MODERADA DA EXTENSÃO E LEVE DA FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO. LEVE EDEMA ARTICULAR

**Resultados terapêuticos:** COTOVELO ESQUERDO - TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DIEGO ALVARES DE MELO SANTOS

**CRM do médico:** 5284995-2

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total  |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

## 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:** 3160342023 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUSTAVO SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 07/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM COTOVELO ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO MODERADA DA EXTENSÃO E LEVE DA FLEXÃO DO COTOVELO ESQUERDO. LEVE EDEMA ARTICULAR

**Resultados terapêuticos:** COTOVELO ESQUERDO - TRATAMENTO CONSERVADOR - ALTA MÉDICA

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DIEGO ALVARES DE MELO SANTOS

**CRM do médico:** 5284995-2

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total  |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

## 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:**

