

Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2015

Carta nº: 7030798

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro: 3150470233  
Vitima: JOSE IVANILDO DA SILVA  
Data Acidente: 25/04/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **27/05/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar

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 ARUANA SEGUROS 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, 08 de Outubro de 2015

Carta nº: 7956897

A/C: JOSE IVANILDO DA SILVA

Sinistro: 3150470233  
Vítima: JOSE IVANILDO DA SILVA  
Data Acidente: 25/04/2015  
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](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**



**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): Jose Ivanildo da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Pedro Vasconcelos, 10  
Parques dos Servidores Extremoz RN CEP: 59575-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1511743  
Data local do exame: [ 27/10/2015 ] 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 DE CLAVICULA ESQUERDA - ELEVAÇÃO AO NIVEL DE 1/3 MEDIO DE CLAVICULA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA, SEM ATROFIA DE MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.**
- 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.
- REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA, NAO FEZ FISIOTERAPIA.**
- 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 anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- INVALIDEZ ANATOMICA FUNCIONAL AO NIVEL DO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE.**
- 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 (\*).
- |   |  |
|---|--|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"</p> <p><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> <p>( ) "Exame não permite conclusão"</p> <p><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"</p> <p><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p><b>Ombro - Lado Esquerdo</b></p> <p>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve</p> <p>(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve</p> <p>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve</p> <p>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>                                     | <p>Região Corporal (Sequela):</p> <p>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve</p> <p>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- 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.

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

  
**DR. URAÍ DE OLIVEIRA**  
**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**  
**CRM-RN 4315**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150470233

**Cidade:** Extremoz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE IVANILDO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/04/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** ELEVAÇÃO AO NÍVEL DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA, SEM ATROFIA DE MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL AO NÍVEL DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150470233

**Cidade:** Extremoz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE IVANILDO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/04/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM CLAVICULA E EM PE ESQUERDO

**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

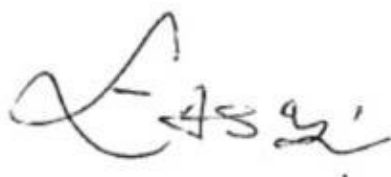
Visão Médica Ltda

**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:** 3150470233

**Cidade:** Extremoz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE IVANILDO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/04/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** ELEVAÇÃO AO NÍVEL DE 1/3 MÉDIO DE CLAVÍCULA ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO PARA ROTAÇÃO INTERNA, SEM ATROFIA DE MUSCULATURA DA CINTURA ESCAPULAR, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA, NÃO FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL AO NÍVEL DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Urai de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

