

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10999398

A/C: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170262464 ASL-0180962/17  
Vitima: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 29/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

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** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.

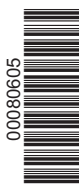
NÃO PERCA TEMPO!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 11000591

A/C: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170262464 ASL-0180962/17  
Vitima: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 29/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2017

Carta nº: 11125279

A/C: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170262464 ASL-0180962/17  
**Vítima:** VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 29/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** TACIO EWERTON DA SILVA

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 25 de Junho de 2017

Carta nº: 11200545

A/C: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170262464 ASL-0180962/17  
Vítima: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 29/01/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: TACIO EWERTON DA SILVA

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: **VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002010**

Conta: **00000159291-4**

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: 20/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000159291-4

---

Nr. da Autenticação 8C7D6DC92121F2EB

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170262464 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/06/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura em rádio distal direito

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

**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.BRAS DE 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:** 3170262464 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE APREENSÃO AO NÍVEL DA MÃO DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO, FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.  
DATA DA ALTA: MARÇO/2017.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DEBILIDADE DO ARCO DO MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APÓS ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR MAIS LAUDO MÉDICO PRESENCIAL, FEITA A READEQUAÇÃO PARA PUNHO 75% (DEBILIDADE GRAVE).

**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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

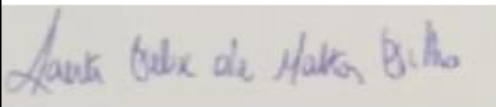
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170262464 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANILSON ROCHA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/01/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE APREENSÃO AO NÍVEL DA MÃO DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO, FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.  
DATA DA ALTA: MARÇO/2017.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DEBILIDADE DO ARCO DO MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/06/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** APÓS ANÁLISE DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR MAIS LAUDO MÉDICO PRESENCIAL, FEITA A READEQUAÇÃO PARA PUNHO 75% (DEBILIDADE GRAVE).

**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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

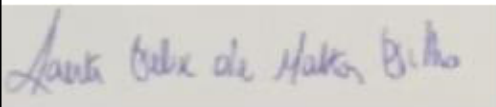
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.99123-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**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**

Nome do(a) Examinado(a): Vanilson Rocha do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Moema Tinoco da Cunha Lima, 3636  
Pajucara Natal RN CEP: 59133-090  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001582690  
Data local do exame: [ 16/06/2017 ] 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 RADIO DISTAL A DIREITA.  
DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PRENSÃO AO NÍVEL DA MÃO DIREITA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO,  
FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE  
EXTENSÃO DE PUNHO DIREITO.**
- 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.
- PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E DEPOIS ENCAMINHADO PARA SER REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
FRATURA DE RADIO DISTAL A DIREITA.  
Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 3 MESES.  
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FRATURA COM A UTILIZAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS AO NÍVEL DISTAL DE RADIO  
DIREITO, NAO FEZ FISIOTERAPIA.  
Complicações: NAO APRESENTOU.**
- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( ☒ ) Sim ( ) Não  
Existindo seqüela(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 ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO BIOMECÂNICA DE SEGMENTO.**
- 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i>      | ( ) "Sem seqüela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> |   |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| Região Corporal (Seqüela):  | Região Corporal (Seqüela):  |
| <b>MÃO - Direito</b>  |   |
| % do dano: ( ) 10% residual ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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 d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

*Ural de Oliveira*  
  
Dr. Ural de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 4315