



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2016

Carta nº: 9333277

A/C: RONILDO TEOFILLO AURELIANO

Sinistro: 3160402080 ASL-0947901/16
Vitima: RONILDO TEOFILLO AURELIANO
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO CESARIO DE OLIVEIRA

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 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 de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2016

Carta nº: 9638851

A/C: RONILDO TEOFILLO AURELIANO

Sinistro: 3160402080 ASL-0947901/16
Vítima: RONILDO TEOFILLO AURELIANO
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO CESARIO DE OLIVEIRA

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: **RONILDO TEOFILLO AURELIANO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000806**

Conta: **00000744-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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: 22/07/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONILDO TEOFILO AURELIANO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00806

CONTA: 000000000744-0

Nr. da Autenticação F5072AF4C56182CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160402080

Cidade: São Tomé

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONILDO TEOFILO AURELIANO

Data do acidente: 30/04/2016

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. CONTUSÃO DO PUNHO E MÃO ESQUERDA. FRATURA DO SEGUNDO E TERCEIRO METACARPÍANOS ESQUERDOS. FRATURA DO ESTILOIDE RADIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, DEFORMIDADE SALIENTE AO NÍVEL DO SEGUNDO METACARPO ESQUERDO E DISCRETO EDEMA DA FACE DORSAL DA MÃO ESQUERDA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO, COM DESVIO ULNAR E RADIAL ESQUERDOS. LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO DO SEGUNDO, TERCEIRO E QUARTO QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS. REFERE CEFALÉIA E VERTIGEM.

Resultados terapêuticos: RECEBEU TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO POR 10 DIAS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/07/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

