



Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2014

Carta nº: 5443579

A/C: DIVALDINO DOS SANTOS

Sinistro: 2014895186
Vitima: DIVALDINO DOS SANTOS
Data Acidente: 23/09/2014
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, 29 de Outubro de 2014

Carta nº: 5542876

A/C: DIVALDINO DOS SANTOS

Sinistro: 2014895186
Vítima: DIVALDINO DOS SANTOS
Data Acidente: 23/09/2014
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, 14 de Novembro de 2014

Carta n°: 5685724

A/C: DIVALDINO DOS SANTOS

Sinistro: 2014895186
Vitima: DIVALDINO DOS SANTOS
Data Acidente: 23/09/2014
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: DIVALDINO DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000002917

Conta: 000004975-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

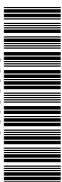
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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



**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): Divaldino dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lf Nascimento, 73
Centro Itabaianinha SE CEP: 49290-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.152.971
Data local do exame: [04/11/2014] Aracaju [SE]

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 DO 2º METACARPO À DIREITA.
FERIMENTO NO PÉ 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.

O PERICIANDO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 23/09/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 26/09/2014. O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA E SUTURA DO FERIMENTO DO PÉ, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

- 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.

**NO EXAME FOI EVIDENCIADO MARCHA CLAUDICANTE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.
MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM EDEMA DE MODERADO VOLUME NA MÃO, DOR E EDEMA À PALPAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/4), RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DOS DEDOS.**

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):

MÃO DIREITA

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PÉ DIREITO

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 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.

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

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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: 10/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIVALDINO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02917

CONTA: 00000004975-4

Nr. da Autenticação 12ADC1D9B07B8EF9

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014895186
Vítima: DIVALDINO DOS SANTOS

Cidade: Itabaianinha
Data do acidente: 23/09/2014

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO À DIREITA.
FERIMENTO NO PÉ DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: NO EXAME FOI EVIDENCIADO MARCHA CLAUDICANTE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO PÉ, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.
MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM EDEMA DE MODERADO VOLUME NA MÃO, DOR E EDEMA À PALPAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4), RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXÃO DOS DEDOS.

Resultados terapêuticos: O PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 23/09/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 26/09/2014. O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA NA FRATURA E SUTURA DO FERIMENTO DO PÉ, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: DANO LEVE EM MÃO DIREITA
DANO LEVE EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequelas

Data da perícia: 04/11/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel O. Nascimento Jr

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014895186 **Cidade:** Itabaianinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIVALDINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 23/09/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: