

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2015

Carta n°: 7662908

A/C: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

**Sinistro:** 3150737899  
**Vitima:** JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA  
**Data Acidente:** 15/05/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **21/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **15/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- 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 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, 09 de Setembro de 2015

Carta n°: 7772146

A/C: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

**Sinistro:** 3150737899  
**Vítima:** JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA  
**Data Acidente:** 15/05/2015  
**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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta n°: 7908603

A/C: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

Sinistro: 3150737899  
Vitima: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA  
Data Acidente: 15/05/2015  
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: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

Valor: R\$ 8.437,50

Banco: 104

Agência: 000003828

Conta: 000008939-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.437,50

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

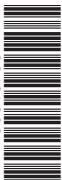
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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 Vítimas do Seguro DPVAT

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

Sinistro: 3150737899 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

Endereço do(a) Examinado(a): RESIDENCIAL NOVA TERESINA nº 00 - AROEIRAS - TERESINA/PI

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 3266495 - SSP

Data local do exame: 16/09/2015 TIMON/MA

### 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)

**TCE ( FRATURA TEMPORAL DIREITA ESTENDENDO-SE À MASTOIDE DIREITA E SEIOS ESFENOÏDAIS, HEMATOMA EXTRA DURAL FRONTO TEMPORAL À DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ).  
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.**

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 complicações.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TCE, TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA, CURATIVO, USO DE TIPOIA AMERICANA, MEDICAÇÃO, 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.

**CEFALEIA PÓS TRAUMÁTICA, SÍNDROME VERTIGINOSA, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO PÓS TRAUMÁTICA. EM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA NA PREVENÇÃO DE CRISES DE EPILEPSIA. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL À DIREITA.  
HIPOTROFIA MUSCULAR DO DELTOIDE DIREITO, LIMITAÇÃO MÉDIA NA ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA, ADUÇÃO/ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.**

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)

Região Corporal(Sequela)

**SSISTEMA NERVOSO CENTRAL**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**OMBRO DIREITO**

10%  25%  50%  75%  100%

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:

MA - TIMON, 16/09/2015

Médico Perito: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO CRM: 52359880

Gustavo C. Cálcena Agüero

Médico

CRM.52.35988-0

CPF 667274487-87



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: 23/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

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

CLIENTE: JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03828

CONTA: 00000008939-9

---

Nr. da Autenticação EA46841EA86A9731

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150737899      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA      **Data do acidente:** 15/05/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 09/09/2015

**Valorização do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150737899      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JARDEL CRISTTOFY SOUSA COSTA      **Data do acidente:** 15/05/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE ( FRATURA TEMPORAL DIREITA ESTENDENDO-SE À MASTOIDE DIREITA E SEIOS ESFENOÏDAIS, HEMATOMA EXTRA DURAL FRONTO TEMPORAL À DIREITA, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE ). FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALÉIA PÓS TRAUMÁTICA, SÍNDROME VERTIGINOSA, ALTERAÇÃO DE COMPORTAMENTO PÓS TRAUMÁTICA.EM USO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA NA PREVENÇÃO DE CRISES DE EPILEPSIA. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM REGIÃO FRONTO PARIETAL À DIREITA. HIPOTROFIA MUSCULAR DO DELTOÍDE DIREITO, LIMITAÇÃO MÉDIA NA ELEVAÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA, ADUÇÃO/ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO TCE, TRATAMENTO CONSERVADOR DA CLAVÍCULA, CURATIVO, USO DE TIPOIA AMERICANA, MEDICAÇÃO, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM do médico:** 52359880

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>62,5 %</b>	<b>R\$ 8.437,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

