



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta nº: 7797299

A/C: MARCELO DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3150802897  
**Vitima:** MARCELO DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 24/11/2014  
**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](http://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](http://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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2015

Carta nº: 7806789

A/C: MARCELO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150802897  
Vítima: MARCELO DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 24/11/2014  
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](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**





Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2016

Carta nº: 9021492

A/C: MARCELO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3150802897 ASL-0549497/15  
Vitima: MARCELO DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 24/11/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÃ©CNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150802897

**Cidade:** Ceará-Mirim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARCELO DO NASCIMENTO

**Data do acidente:** 24/11/2014

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO ABRASIVA EM FACE INTERNA DO ANTEBRAÇO DIREITO DE CERCA DE 24X6 CM.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR DE CABEÇA FRONTAL AO ACORDAR. DOR AO NÍVEL DO COTOVELO DIREITO DURANTE ESFORÇO FÍSICO. CICATRIZ NÃO CIRÚRGICA DA LESÃO DESCRITA ACIMA. MOBILIDADE PRESERVADA DO COTOVELO DIREITO. SEM ATROFIA MUSCULAR E SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DESCRITA ACIMA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 19/04/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** NÃO EXISTEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS, APENAS DOR E CICATRIZ.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

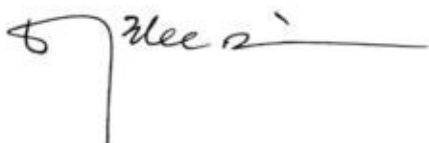
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150802897

**Cidade:** Ceará-Mirim

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARCELO DO NASCIMENTO

**Data do acidente:** 24/11/2014

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO ABRASIVA EM FACE INTERNA DO ANTEBRAÇO DIREITO DE CERCA DE 24X6 CM.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR DE CABEÇA FRONTAL AO ACORDAR. DOR AO NÍVEL DO COTOVELO DIREITO DURANTE ESFORÇO FÍSICO. CICATRIZ NÃO CIRÚRGICA DA LESÃO DESCRITA ACIMA. MOBILIDADE PRESERVADA DO COTOVELO DIREITO. SEM ATROFIA MUSCULAR E SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DESCRITA ACIMA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 19/04/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** NÃO EXISTEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS, APENAS DOR E CICATRIZ.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **MARCELO DO NASCIMENTO** Sinistro: **3150802897** Data: **24/11/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **OLINTO JOSE MEIRA, 369 - CENTRO - Ceará-Mirim - RN - CEP 59570-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **003.494.531**

Data local do exame: [ **19/04/2016** ] **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)  
**LESÃO ABRASIVA EM FACE INTERNA DO ANTEBRAÇO DIREITO DE CERCA DE 24X6 CM. . A VÍTIMA REFERE DOR DE CABEÇA FRONTAL AO ACORDAR. DOR AO NÍVEL DO COTOVELO DIREITO DURANTE ESFORÇO FÍSICO. CICATRIZ NÃO CIRÚRGICA DA LESÃO DESCRITA ACIMA. MOBILIDADE PRESERVADA DO COTOVELO DIREITO. SEM ATROFIA MUSCULAR E SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

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.  
**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO DESCRITA ACIMA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] 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.

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( **X** ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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.

**NÃO EXISTEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS, APENAS DOR E CICATRIZ.**

*Rosa Maria Vaz dos Santos*

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN