



---

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2016

Carta n°: 9215600

A/C: PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE

**Sinistro:** 3160317389 ASL-0890758/16  
**Vitima:** PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE  
**Data Acidente:** 23/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NAZARENO GOMES DE SOUSA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

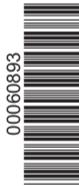
Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

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**





---

Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2016

Carta nº: 9146658

A/C: PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE

**Sinistro:** 3160317389 ASL-0890758/16  
**Vitima:** PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE  
**Data Acidente:** 23/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NAZARENO GOMES DE SOUSA

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 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,



**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): Plinio Medeiros de Albuquerque  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 204, 113  
Nova Metrópole (jurema) Caucaia CE CEP: 61658-340  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ CREA / CE ] 49966  
Data local do exame: [ 09/06/2016 ] Fortaleza [ CE ]

**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)

**TRAUMA ABDOMINAL FECHADO - CONTUSÃO HEPÁTICA.  
DOR ABDOMINAL.**

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.

**ATENDIDO NA EMERGÊNCIA E INTERNADO, PARA TRATAMENTO CLÍNICO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

Data da alta: OUTUBRO DE 2015.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO.

Complicações: SEM.

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.

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

"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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

**DOR ABDOMINAL SEM COBERTURA.**

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

  
Andre de Oliveira Lobo  
CRM 16566

## **PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**



 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160317389

**Cidade:** Fortaleza

### **Natureza: Invalidez Permanente**

**Vítima:** PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE

**Data do acidente:** 23/09/2015

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## **PARECER**

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO - CONTUSÃO HEPÁTICA.

## **Descrição do exame DOR ABDOMINAL médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO.

## **Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 09/06/2016

### Conduita mantida:

**Observações:** DOR ABDOMINAL SEM COBERTURA.

**Médico examinador:** Andr de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

## UF do CRM do médico: CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PF

### Assinatura do médico:

Yours ever

## **PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**



 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3160317389

**Cidade:** Fortaleza

## **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE

**Data do acidente:** 23/09/2015

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## **PARECER**

**Diagnóstico:** TRAUMA ABDOMINAL FECHADO - CONTUSÃO HEPÁTICA.

## **Descrição do exame DOR ABDOMINAL médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO.

## **Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 09/06/2016

### Conduita mantida:

**Observações:** DOR ABDOMINAL SEM COBERTURA.

**Médico examinador:** Andr de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

## UF do CRM do médico: CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## 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:

Yours ever

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160317389

**Cidade:** Fortaleza

## **Natureza: Invalidez Permanente**

**Vítima:** PLINIO MEDEIROS DE ALBUQUERQUE

**Data do acidente:** 23/09/2015

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

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

Data da análise: 03/06/2016

## Valoração do IML: 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE ABDOME

## **Resultados terapêuticos: A ESCLARECER**

## **Sequelas permanentes:**

## Sequelas:

## Conduta mantida:

## Quantificação das sequelas:

## Documentos complementares:

### Observações:

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## **PRESTADOR**

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

### **Assinatura do médico:**

2459