



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015

Carta nº: 7412239

A/C: MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES

Sinistro: 3150625528
Vitima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 20/03/2015
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 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, 29 de Julho de 2015

Carta nº: 7497791

A/C: MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES

Sinistro: 3150625528
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 20/03/2015
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.

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, 29 de Julho de 2015

Carta nº: 7497791

A/C: MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES

Sinistro: 3150625528
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 20/03/2015
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.

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, 29 de Agosto de 2015

Carta nº: 7714055

A/C: MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES

Sinistro: 3150625528
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA
Data Acidente: 20/03/2015
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: **MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES**

Valor: **R\$ 8.437,50**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **0000070598-6**

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 comprometimento de função vital ou autonômica 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.

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: 24/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOELMA DA SILVA FREIRE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000070598-6

Nr. da Autenticação AC7E55DAF2D98F3F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150625528 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE / TRAUMA EM FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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

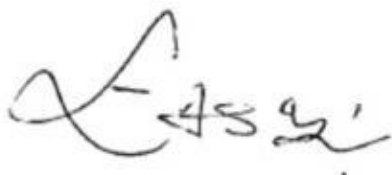
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150625528 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/07/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TCE / TRAUMA EM FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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

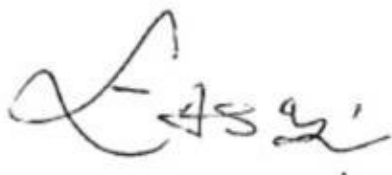
Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150625528 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM CONTUSÕES FRONTAL E TEMPORAL À DIREITA, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DIFUSA, OTORRAGIA À DIREITA. TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA ALGO ORIENTADA, REFERINDO HIPOESTESIA NO DIMÍDIO ESQUERDO, VERTIGEM, REDUÇÃO DA ACUIDADE VISUAL E DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO. ACOMPANHANTE REFERE EPISÓDIOS DE AGRESSIVIDADE E EPISÓDIOS CONVULSÃO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA, ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PERMANECENDO INTERNADO POR CERCA DE 37 DIAS, SENDO 10 DIAS EM UTI. EVOLUIU COM DESORIENTAÇÃO MENTAL E EPISÓDIOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA, VÍGIL, MANTENDO GLASGOW DE 14. REALIZOU EM 25/04/15 TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HIGROMA SUBDURAL FRONTO-PARIETAL BILATERAL E CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA EM ABSORÇÃO. FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG 12/12HS E AMITRIPTILINA 25 MG/2X/DIA. FEZ FISIOTERAPIA INTRAHOSPITALAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2015

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	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
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dequitier Carvalho Machado

**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): **SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA** Sinistro: **3150625528** Data: **20/03/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ALTA ALVES ROBERTO, 530 - NOVA ESPERANÇA - Natal - RN - CEP 59144-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ITEP /RN**] **002.925.708**

Data local do exame: [**18/08/2015**] **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)
TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM CONTUSÕES FRONTAL E TEMPORAL À DIREITA, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DIFUSA, OTORRAGIA À DIREITA. TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO. VÍTIMA ALGO ORIENTADA, REFERINDO HIPOESTESIA NO DIMÍDIO ESQUERDO, VERTIGEM, REDUÇÃO DA ACUIDADE VISUAL E DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO. ACOMPANHANTE REFERE EPISÓDIOS DE AGRESSIVIDADE E EPISÓDIOS CONVULSÃO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA, ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL.

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.
SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PERMANECENDO INTERNADO POR CERCA DE 37 DIAS, SENDO 10 DIAS EM UTI. EVOLUIU COM DESORIENTAÇÃO MENTAL E EPISÓDIOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA, VÍGIL, MANTENDO GLASGOW DE 14. REALIZOU EM 25/04/15 TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HIGROMA SUBDURAL FRONTO-PARIETAL BILATERAL E CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA EM ABSORÇÃO. FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG 12/12HS E AMITRIPTILINA 25 MG/2X/DIA. FEZ FISIOTERAPIA INTRAHOSPITALAR.

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

Limitação funcional do ombro esquerdo, Dano neurológico

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

() "Sem sequela permanente" (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):
Sistema Nervoso Central

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):
Ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual (**X**) 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.

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150625528 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO JOSE FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 20/03/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE COM CONTUSÕES FRONTAL E TEMPORAL À DIREITA, HEMATOMA SUBDURAL AGUDO LAMINAR, HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA DIFUSA, OTORRAGIA À DIREITA. TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA ALGO ORIENTADA, REFERINDO HIPOESTESIA NO DIMÍDIO ESQUERDO, VERTIGEM, REDUÇÃO DA ACUIDADE VISUAL E DA MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO. ACOMPANHANTE REFERE EPISÓDIOS DE AGRESSIVIDADE E EPISÓDIOS CONVULSÃO. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO INTERNA, ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. APRESENTA ALTERAÇÃO COMPORTAMENTAL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PERMANECENDO INTERNADO POR CERCA DE 37 DIAS, SENDO 10 DIAS EM UTI. EVOLUIU COM DESORIENTAÇÃO MENTAL E EPISÓDIOS DE AGITAÇÃO PSICOMOTORA, VÍGIL, MANTENDO GLASGOW DE 14. REALIZOU EM 25/04/15 TC DE CRÂNIO QUE EVIDENCIOU HIGROMA SUBDURAL FRONTO-PARIETAL BILATERAL E CONTUSÃO TEMPORAL DIREITA EM ABSORÇÃO. FAZ USO DE HIDANTAL 100 MG 12/12HS E AMITRIPTILINA 25 MG/2X/DIA. FEZ FISIOTERAPIA INTRAHOSPITALAR.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2015

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	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
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

