

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2015

Carta nº: 7596128

A/C: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

**Sinistro:** 3150705321  
**Vitima:** JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA  
**Data Acidente:** 14/05/2014  
**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 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**





Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2015

Carta n°: 7795465

A/C: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Sinistro: 3150705321  
Vitima: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA  
Data Acidente: 14/05/2014  
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: JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000011825-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

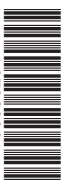
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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







AUTO-ATENDIMENTO - ag. parquelândia  
DATA: 28/07/2015 HORA: 16:15:32  
TERMINAL: 46471004 CONTROLE: 464710040412

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0031 / IRACEMA  
CONTA : 013.00.625.435-8  
NOME : REGINA CLAUDIA ALVES DE FREITAS

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 1047 / GOMES DE MATOS  
CONTA : 013.00.011.825-8  
NOME : JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA  
VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/07/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. O CREDITO  
NA CONTA DE DESTINO SERÁ EFETUADO APÓS O  
PROCESSAMENTO DA TRANSAÇÃO

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



AUTO-ATENDIMENTO - ag. parquelândia  
DATA: 28/07/2015 HORA: 16:15:32  
TERMINAL: 46471004 CONTROLE: 464710040412

COMPROVANTE DE  
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0031 / IRACEMA  
CONTA : 013.00.625.435-8  
NOME : REGINA CLAUDIA ALVES DE FREITAS

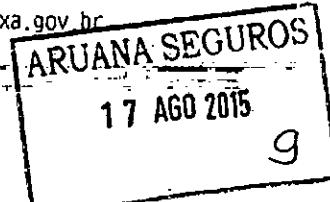
FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 1047 / GOMES DE MATOS  
CONTA : 013.00.011.825-8  
NOME : JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA  
VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 28/07/2015

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. O CREDITO  
NA CONTA DE DESTINO SERÁ EFETUADO APÓS O  
PROCESSAMENTO DA TRANSAÇÃO

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)



**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): Jose Humberto Gomes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Alameda das Rosas, 102  
Cidade 2000 Fortaleza CE CEP: 60190-370  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 8911002005774  
Data local do exame: [ 03/09/2015 ] 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)

**FX DO NAVICULAR DIREITO. MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, DOR E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO 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.

**QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

- 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.

**DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO, PELA DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO.**

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):

Região Corporal (Sequela):

**Pé - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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 (\*).

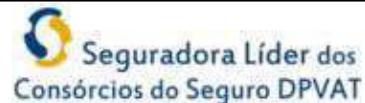
Total = "100% da IS"

- 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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150705321      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA      **Data do acidente:** 14/05/2014      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FX DO NAVICULAR DIREITO.

**Descrição do exame** MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL, DOR E LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PÉ  
**médico pericial:** DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM IMOBILIZAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre de Oliveira Leal

**CRM do médico:** 16566

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

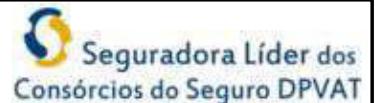
**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150705321      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE HUMBERTO GOMES DA SILVA      **Data do acidente:** 14/05/2014      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 28/08/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MAO FRATURA EM PE A DIREITA

**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:**