

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: 3150301201 - 2

Nome do(a) Examinado(a): JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOSSA SENHORA DO ROSARIO nº 00 - GROTAO - JOAO PESSOA/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2863096 - SSP

Data local do exame: 22/06/2015 JOAO PESSOA/PB

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 CONTUSO EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS

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.

FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTOS E CURATIVOS. ESTÁ DE 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.

SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

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"

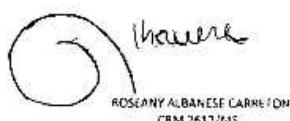
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 22/06/2015

Médico Perito: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI CRM: 2612


ROSEANY ALBANEZE CARRETONI
CRM 2612/PB

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2015

Carta nº: 6708224

A/C: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3150301201
Vitima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
Data Acidente: 09/01/2015
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 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,



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015

Carta n°: 6792445

A/C: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3150301201
Vítima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
Data Acidente: 09/01/2015
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015

Carta n°: 6792445

A/C: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3150301201
Vítima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
Data Acidente: 09/01/2015
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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2015

Carta n°: 7293306

A/C: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3150301201
Vitima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA
Data Acidente: 09/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150301201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTOS E CURATIVOS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/06/2015

Conduta mantida:

Observações: SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

Médico examinador: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

CRM do médico: 2612

UF do CRM do médico: MS

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

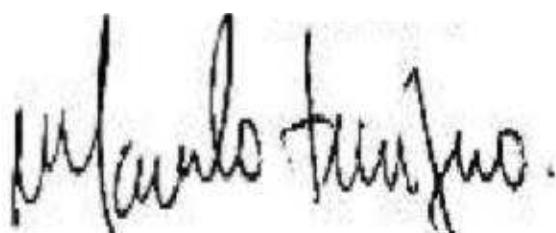
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jubileu Lacerda da Silva

RG nº 2863.096, data de expedição 13/12/2011, Órgão SSP-RJ,

CPF nº 048.499.444-09, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	<u>Rua: Almeida Sampaio da Ponte</u>
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>5/N</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Gratidão</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone	<u>(83) 3883-9808 / 3506-4039</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 23/03/2015

Assinatura do Declarante: Jubileu Lacerda da Silva

BVA Seguros S.A.
06 ABR 2015
DPVAT

JOSÉ ROLANDO MARTINS DA SILVA
Sobrenome: ROLANDO MARTINS DA SILVA
Nome: JOSÉ ROLANDO MARTINS DA SILVA
RG: 26.940-0

Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20000-000
Número: 10-2-427-370
Pai: ROLANDO MARTINS DA SILVA
Mãe: MARIA DE LURdes MARTINS DA SILVA
Endereço: 19/1223H

CPF: 000.000.000-00
RG: 26.940-0
Data de Nascimento: 01/01/1940
Sexo: Masculino
Endereço: 19/1223H
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 20000-000
Número: 10-2-427-370

Atendimento ao Cliente gratuita: 0800 083 0196 | Acesse: www.brasilisa.com.br

1500 10 11 1200 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000

Conta referente a: CDC (Código do Consumidor) 5/1471364-8

Canal de contato:

Dez / 2014

Final do mês:

Aproximadamente

01/12/2014

Data prevista de
proxima fatura:

15/01/2015

EPF/CHP/BAKI

Referência

Óculos de consumo

Anterior Mês Corrente Gestores Mais

Paturus em arreios:

Demonstrativo

PERÍODO: 01/12/2014 A 15/12/2014
CÓDIGO: 5/1471364-8
DESCRIÇÃO:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Óculos de Sol - 30	20	0,02524	0,50
Óculos de Sol - 30	70	0,01724	1,20
Óculos de Sol - 30	10	0,01894	0,18

VALOR TOTAL:

0,68

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150301201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM MS E MI ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150301201 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUBERLANDO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2015 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBROS SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS

Descrição do exame médico pericial: SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAMENTOS E CURATIVOS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 22/06/2015

Conduta mantida:

Observações: SEM ALTERAÇÕES ANATO FUNCIONAIS MSE E MIE 0%.

Médico examinador: ROSEANY ALBANEZE CARRETONI

CRM do médico: 2612

UF do CRM do médico: MS

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

