

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 complicação.

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

III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☐ SIM ☒ NÃO

Existindo seqüela(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, §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 seqüela 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)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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/M3

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](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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015

Carta nº: 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](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, 16 de Abril de 2015

Carta nº: 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](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, 01 de Julho de 2015

Carta nº: 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](http://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

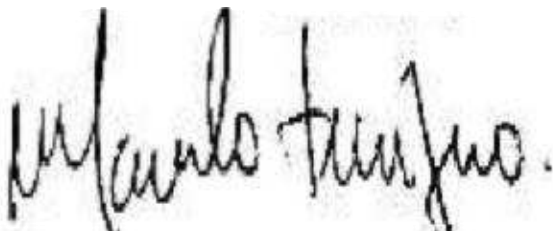
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gubertino Martins da Silva

RG nº 9.863.096, data de expedição 13/12/2011, Órgão SSP-PB,

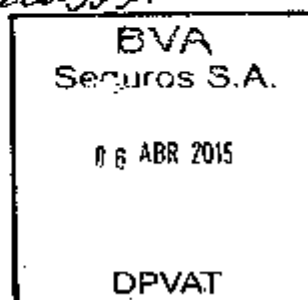
CPF nº 048.499.444-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Manoel Severina da Rocha</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Gratão</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone	<u>(83) 8884-2808 / 3566-4039</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 23/03/2015

Assinatura do Declarante: Gubertino Martins da Silva



DPVAT



# 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:**

