



---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2016

Carta nº: 9321797

A/C: WEDSON DE MELO GERMANO

**Sinistro:** 3160400955 ASL-0910134/16  
**Vitima:** WEDSON DE MELO GERMANO  
**Data Acidente:** 25/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO NONATO GOMES

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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2016

Carta nº: 9425973

A/C: WEDSON DE MELO GERMANO

**Sinistro:** 3160400955 ASL-0910134/16  
**Vitima:** WEDSON DE MELO GERMANO  
**Data Acidente:** 25/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO NONATO GOMES

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

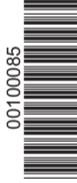
Relativamente ao acidente ocorrido em **25/04/2016**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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 ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160400955      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WEDSON DE MELO GERMANO      **Data do acidente:** 25/04/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/07/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NOS MEMBROS INFERIORES

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

**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

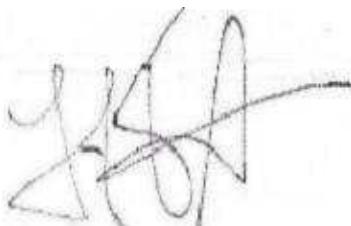
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160400955      **Cidade:** Ceará-Mirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WEDSON DE MELO GERMANO      **Data do acidente:** 25/04/2016      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO NO BRAÇO E COXA ESQUERDOS. .

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, PRESENÇA DE TUMORAÇÕES DE CONSISTÊNCIA ELÁSTICA, CÍSTICAS, DOLOROSAS À PALPAÇÃO DE CERCA DE 8X7 CM EM REGIÃO POSTERIOR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DE 10X5 CM EM FACE LATERAL DA COXA IPSOLATERAL. ESTAS NÃO ACOMETEM AMPLITUDES DOS MOVIMENTOS DAS ARTICULAÇÕES. DÉFICIT NEURO-VASCULAR. NÃO FORAM CONSTATADAS SEQUELAS FUNCIONAIS PERMANENTES.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Data da perícia:** 19/07/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** PRESENÇA DE TUMORAÇÕES ELÁSTICAS NAS REGIÕES CORRESPONDENTES ÀS FRATURAS DO ANTEBRAÇO E FÉMUR ESQUERDO, OCORRIDAS EM SINISTROS ANTERIORES, NÃO PODEMOS PORTANTO CORRELACIONAR COMO SEQUELA DO SINISTRO ATUAL.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **WEDSON DE MELO GERMANO** Sinistro: **3160400955** Data: **25/04/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA EUCLIDES DE SOUZA, 149 - CENTRO - Ceará-Mirim - RN - CEP 59570000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **003.197.031**

Data local do exame: [ **19/07/2016** ] **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) **CONTUSÃO NO BRAÇO E COXA ESQUERDOS. AO EXAME, PRESENÇA DE TUMORAÇÕES DE CONSISTÊNCIA ELÁSTICA, CÍSTICAS, DOLOROSAS À PALPAÇÃO DE CERCA DE 8X7 CM EM REGIÃO POSTERIOR DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E DE 10X5 CM EM FACE LATERAL DA COXA IPSOLATERAL. ESTAS NÃO ACOMETEM AMPLITUDES DOS MOVIMENTOS DAS ARTICULAÇÕES. DÉFICIT NEURO-VASCULAR. NÃO FORAM CONSTATADAS SEQUELAS FUNCIONAIS PERMANENTES.**

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.

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

(  ) "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):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**PRESENÇA DE TUMORAÇÕES ELÁSTICAS NAS REGIÕES CORRESPONDENTES ÀS FRATURAS DO ANTEBRAÇO E FÉMUR ESQUERDO, OCORRIDAS EM SINISTROS ANTERIORES, NÃO PODEMOS PORTANTO CORRELACIONAR COMO SEQUELA DO SINISTRO ATUAL.**

*Rosa Maria Vaz dos Santos*