

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2014

Carta nº: 5356906

A/C: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS

**Sinistro:** 2014864503  
**Vitima:** ERIWELLTON DA SILVA SANTOS  
**Data Acidente:** 11/02/2014  
**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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2014

Carta nº: 5429188

A/C: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS

**Sinistro:** 2014864503  
**Vítima:** ERIWELLTON DA SILVA SANTOS  
**Data Acidente:** 11/02/2014  
**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, 07 de Novembro de 2014

Carta nº: 5622284

A/C: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS

Sinistro: 2014864503  
Vítima: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS  
Data Acidente: 11/02/2014  
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: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000001104-5

Conta: 000001348-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIWELLTON DA SILVA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01104-5

CONTA: 000000001348-0

Nr. Autenticação

BRADESCO0511201405000000000023701104000000001348708750 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014864503 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIWELLTON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/02/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 16/10/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO: 25% DE 70% = 17,5%

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014864503 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIWELLTON DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 11/02/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** traumatismo no membro inferior direito,

**Descrição do exame médico pericial:** Periciando sequelado de lesão grave de membro inferior direito, apresenta ao exame físico, edema residual intenso, marcha com auxílio de muletas, rigidez articular de joelho e tornozelo direito e perda de força motora com grave comprometimento da função do membro inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Quadro tratado cirurgicamente, osteossíntese com fixador externo, evolução insatisfatória, culminou com infecção e pseudoartrose

**Sequelas permanentes:** DANO GRAVE EM MID

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75%	52,5 %	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

