



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2016

Carta nº: 9609134

A/C: SIMONE FELIX DOS SANTOS

Sinistro: 3160517169 ASL-1032198/16
Vitima: SIMONE FELIX DOS SANTOS
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10119138

A/C: SIMONE FELIX DOS SANTOS

Sinistro: 3160517169 ASL-1032198/16
Vítima: SIMONE FELIX DOS SANTOS
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

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: **SIMONE FELIX DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000000288-7**

Conta: **00000120781-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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

Nome do(a) Examinado(a): Simone Felix dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Vila Odalisco, S/N
Vicente Pinzon Fortaleza CE CEP: 60180-280
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 94009000540
Data local do exame: [25/11/2016] 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)

**TRAUMA FACIAL COM FRATURA DE MAXILA E DE MANDÍBULA
APRESENTA LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL**

- 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?

(X) 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?

(X) 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.

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA
Data da alta: OUT/2016
OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DA MANDÍBULA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA
Complicações: AUSENTE

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

(X) 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.

SEQUELA FUNCIONAL POR LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais

% do dano: () 10% residual (X) 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 - assinalar 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.

REFERE SEQUELA NO PÉ ESQUERDO, MAS NÃO CONSTA NO BAM

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Cláudio Pereira Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160517169

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SIMONE FELIX DOS SANTOS

Data do acidente: 01/05/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA

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: 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: 3160517169

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SIMONE FELIX DOS SANTOS

Data do acidente: 01/05/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA FACIAL COM FRATURA DE MAXILA E DE MANDÍBULA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL, PREJUÍZO DA FUNÇÃO MASTIGATÓRIA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DA MANDÍBULA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/11/2016

Conduta mantida:

Observações: REFERE SEQUELA NO PÉ ESQUERDO, MAS NÃO CONSTA NO BAM.

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

