

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta n°: 10880793

A/C: FRANCISCO KEVEN LOPES BEZERRA

Sinistro: 3170134040 ASL-0086870/17
Vitima: FRANCISCO KEVEN LOPES BEZERRA
Data Acidente: 12/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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: FRANCISCO KEVEN LOPES BEZERRA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000024713-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

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 médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

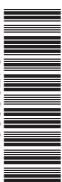
Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

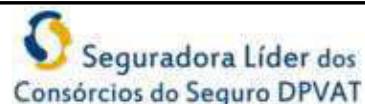
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170134040 **Cidade:** Apuiarés **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO KEVEN LOPEZ BEZERRA **Data do acidente:** 12/11/2016 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cráneo encefálico (fratura múltiplas na face).

Descrição do exame Bloqueio e crepitação da articulação temporo mandibular (limitação dos movimentos e dor a mastigação), assimetria **médico pericial:** facial (afundamento da hemiface esquerda)

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico.
Realizou fisioterapia (20 sessões).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/04/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

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 médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO KEVEN LOPES BEZERRA

Endereço do(a) Examinado(a): Povoado São Cristovão, 9800 - 9800 - Apuiarés/CE - CEP 62630-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 05925443200 - DETRAN-CE - 04/11/2014

Data e Local do Exame : 13/04/2017 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 - 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)

Segurado relata acidente de trânsito em 12/11/2016, com encaminhamento para atendimento médico hospitalar. Em virtude do acidente que sofreu 12/11/2016 .

Diagnóstico: FRATURA MÚLTIPLAS DA FACE.

Exame Físico: ASSIMETRIA FACIAL, AFUNDAMENTO DA HEMIFACE ESQUERDA, CREPITAÇÃO DA ATM, DOR À MASTIGAÇÃO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DA ATM.

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 do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

ATENDIDO NA EMERGÊNCIA DO IJF, TRANSFERIDO PARA O FERNANDES TÁVORA E POSTERIORMENTE, PARA A SANTA CASA DE FORTALEZA, ONDE FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO. O PACIENTE FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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.

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DA FAC, PELA ASSIMETRIA, AFUNDAMENTO À ESQUERDA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO DA ATM.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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”

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

Região Corporal

CRÂNIO-FACIAL.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRÉ DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE