

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8286574

A/C: MARCIANO PEREIRA FONTENELE

**Sinistro:** 3151029571  
**Vitima:** MARCIANO PEREIRA FONTENELE  
**Data Acidente:** 20/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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:

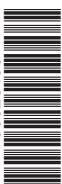
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





---

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8346655

A/C: MARCIANO PEREIRA FONTENELE

**Sinistro:** 3151029571  
**Vítima:** MARCIANO PEREIRA FONTENELE  
**Data Acidente:** 20/09/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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): Marciano Pereira Fontenele  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Siqueira, S/N  
Centro Viçosa do Ceará CE CEP: 62300-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20080534648  
Data local do exame: [ 12/01/2016 ] Sobral [ 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)

**FERIDA CORTO CONTUSA EM PÉ ESQUERDO E TCE  
COM QUEIXA DE CEFALÉIA E TONTURA  
CICATRIZ HIPERTROFICA RETRATIL EM FACE MEDIAL DO ANTE PÉ ATÉ O TORNOZELO, COM DOR E LIMITAÇÃO  
LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO**

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.

**TRATAMENTO CONSERVADOR, COM LIMPEZA E SUTURA DA FERIDA E USO DE MEDICAÇÃO  
NÃO FEZ FISIOTERAPIA  
EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES E COM ALTA MÉDICA**

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.

**DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO, PELA DOR E LIMITAÇÃO MOVIMENTOS  
SEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS EM SNC**

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”

“Sem sequela 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):

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 (\*).

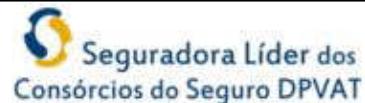
Total = “100% da IS”

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

  
Andre de Oliveira Leal  
CRM 16566

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151029571      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO PEREIRA FONTENELE      **Data do acidente:** 20/09/2015      **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIDA CORTO CONTUSA EM PÉ ESQUERDO E TCE

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALEIA E TONTURA

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZ HIPERTRÓFICA ,RETRATIL EM FACE MEDIAL DO ANTE PÉ ATÉ O TORNOZELO, COM DOR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, COM LIMPEZA E SUTURA DA FERIDA E USO DE MEDICAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/01/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** SEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS EM SNC

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

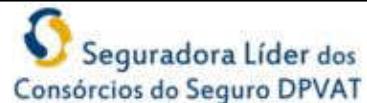
**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151029571      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO PEREIRA FONTENELE      **Data do acidente:** 20/09/2015      **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 23/12/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA(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 %	\$0.00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3151029571      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCIANO PEREIRA FONTENELE      **Data do acidente:** 20/09/2015      **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIDA CORTO CONTUSA EM PÉ ESQUERDO E TCE

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALEIA E TONTURA

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZ HIPERTRÓFICA ,RETRATIL EM FACE MEDIAL DO ANTE PÉ ATÉ O TORNOZELO, COM DOR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, COM LIMPEZA E SUTURA DA FERIDA E USO DE MEDICAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/01/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** SEM SEQUELAS INDENIZÁVEIS EM SNC

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**