

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2015

Carta nº: 8165337

A/C: MONICA RIBEIRO SARMENTO

Sinistro: 3150958617
Vitima: MONICA RIBEIRO SARMENTO
Data Acidente: 24/07/2015
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, 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 inicio 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, 26 de Novembro de 2015

Carta nº: 8212126

A/C: MONICA RIBEIRO SARMENTO

Sinistro: 3150958617
Vítima: MONICA RIBEIRO SARMENTO
Data Acidente: 24/07/2015
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.

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



Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8322259

A/C: MONICA RIBEIRO SARMENTO

Sinistro: 3150958617
Vítima: MONICA RIBEIRO SARMENTO
Data Acidente: 24/07/2015
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.

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

Sinistro: **3150958617 - 2**

Nome do(a) Examinado(a): **MONICA RIBEIRO SARMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA nº 0 - CENTRO - SOUSA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 4099480**

Data local do exame: **19/12/2015 SOUSA/PB**

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)

TCE com perda da consciência

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

tratado conservadoramente do TCE com uso de anti-inflamatório e repouso. Paciente teve alta definitiva em 10/2015.

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.

cefaléia e tonturas e deficit de equilíbrio

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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)

SNC

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

10% 25% 50% 75% 100%

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 valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - SOUSA, 19/12/2015

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM: 3216



Dr. Jose Gerardo Vale Matos
MÉDICO CRM/MEC 3216
CRM PB 10035

Assinatura do perito Examinador - CRM

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MONICA RIBEIRO SARMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000043084-0

Nr. da Autenticação 83C002A2D75D812B

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150958617
Vítima: MONICA RIBEIRO SARMENTO

Cidade: Sousa
Data do acidente: 24/07/2015

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com perda da consciência

Descrição do exame cefaléia e tonturas e deficit de equilíbrio
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratado conservadoramente do TCE com uso de anti-inflamatório e repouso. Paciente teve alta definitiva em 10/2015.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	\$1,350.00
		Total	10 %	\$1,350.00

PRESTADOR

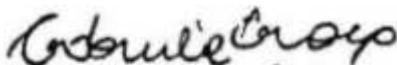
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150958617 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MONICA RIBEIRO SARMENTO **Data do acidente:** 24/07/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE com perda da consciência

Descrição do exame cefaléia e tonturas e deficit de equilíbrio
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratado conservadoramente do TCE com uso de anti-inflamatório e repouso. Paciente teve alta definitiva em 10/2015.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	\$1,350.00
		Total	10 %	\$1,350.00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: