

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190294176 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO **Data do acidente:** 06/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO HÁLUX DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA E SUTURA) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO HÁLUX DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO ACOSTADO, DATADO DE 23/10/2018 DR. JOSE MARCELO V.PORTO

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141176/19

Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO

CPF: 135.233.683-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE SANTOS DE BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTOS DE BRITO : 135.233.683-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2019
Nome: JOSE SANTOS DE BRITO
CPF: 135.233.683-91

JOSE SANTOS DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190294176

Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE SANTOS DE BRITO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190294176

Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SANTOS DE BRITO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOSE SANTOS DE BRITO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000000742-0**

Conta: **000006969-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190294176

Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO

Data do Acidente: 06/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE SANTOS DE BRITO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **JOSE SANTOS DE BRITO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **237**

Agência: **000000742-0**

Conta: **000006969-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018208196

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4780 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/11/2018 08:50:43**
Data / Hora da Ocorrência: **06/09/2018 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LUCIANO CARNEIRO**
Complemento:
Bairro: **VILA UNIAO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A CORPVS**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ SANTOS DE BRITO**
Nascimento: **17/07/1948** CPF: **135.233.683-91**
RG: **94020016709** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DOS SANTOS BRITO**
FRANCISCO ONOFRE DE BRITO
Endereço: **TRAVESSA LAURO VIEIRA CHAVES, 38 CASA 38**
Bairro: **AEROPORTO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98562-5304**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA AV. LUCIANO CARNEIRO E AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA, QUANDO FOI COLHIDO POR UMA MOTO DE PLACA NAO ANOTADA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Santos de Brito

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9



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:

15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE SANTOS DE BRITO

BANCO: 237


AGÊNCIA: 00742-0

CONTA: 000000006969-8

Nr. Autenticação

BRDESCO150520190500000000002370074200000000696967500 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141176/19

Vítima: JOSE SANTOS DE BRITO

CPF: 135.233.683-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/09/2018

CPF de: Próprio

Títular do CPF: JOSE SANTOS DE BRITO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE SANTOS DE BRITO : 135.233.683-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/04/2019
Nome: JOSE SANTOS DE BRITO
CPF: 135.233.683-91

JOSE SANTOS DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/04/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

