



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2016

Carta nº: 10000782

A/C: MARA MARIA FURTADO

Sinistro: 3160667873 ASL-1133726/16
Vitima: MARA MARIA FURTADO
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FAGNER SOARES BEZERRA

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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2016

Carta nº: 10004057

A/C: MARA MARIA FURTADO

Sinistro: 3160667873 ASL-1133726/16
Vitima: MARA MARIA FURTADO
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FAGNER SOARES BEZERRA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10180418

A/C: MARA MARIA FURTADO

Sinistro: 3160667873 ASL-1133726/16
Vítima: MARA MARIA FURTADO
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FAGNER SOARES BEZERRA

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10253013

A/C: MARA MARIA FURTADO

Sinistro: 3160667873 ASL-1133726/16
Vítima: MARA MARIA FURTADO
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO FAGNER SOARES BEZERRA

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: **MARA MARIA FURTADO**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001024**

Conta: **0000017210-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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): Mara Maria Furtado
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Desembargador Hermes Parahyba, 186
Jardim Iracema Fortaleza CE CEP: 60330-142
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2006028053893
Data local do exame: [16/12/2016] 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)

**FRATURA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA
APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE
SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

- 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 NA PERNA. REALIZADO EXAMES
COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E TRATAMENTO CIRÚRGICO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM
MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL,
DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**

Data da alta: NOV/2016

**OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DA TÍBIA COM PLACA E PARAFUSOS. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR
COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, FISIOTERAPIA (30SS). EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM
EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO**
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 MODERADA DO MEMBRO PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DA MARCHA, PELA
DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO**

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):

Membro inferior - Esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


J. Oliveira Freitas Cavalcante
MÉDICO - CREMEC 9050

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160667873

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARA MARIA FURTADO

Data do acidente: 08/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA EM MI DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

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 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

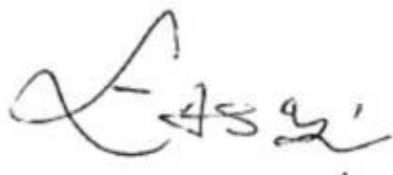
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160667873

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARA MARIA FURTADO

Data do acidente: 08/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO DO TORNOZELO COM EDEMA RESIDUAL, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, CLAUDICAÇÃO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

