



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10282972

A/C: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170005372 ASL-1208773/16

Vitima: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA

Data Acidente: 18/07/2016

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 a 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 SOMPO SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta n°: 10477930

A/C: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA

Sinistro: 3170005372 ASL-1208773/16
Vitima: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA
Data Acidente: 18/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002008

Conta: 0000077842-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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 Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3170005372 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PONTA DE VARZEA nº 00 - AREA RURAL - VERA CRUZ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3524051 - SSP**

Data local do exame: **26/01/2017 SAO GONCALO DO AMARANTE/RN**

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 antebraço direito

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.

Paciente internado para realizar cirurgia do antebraço direito, no qual não ficou sabendo da mesma, evadiu-se do hospital sem alta médica com gesso no antebraço direito, feito analgésicos e sem sinais de infecção. evoluiu com hipertrofia muscular leve e leve força muscular diminuída

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.

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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)

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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.

NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO NO MESMO -

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - SAO GONCALO DO AMARANTE, 26/01/2017

Médico Perito: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO CRM:7547/RN

Assinatura do perito Examinador

Dr. Dauri Filho
Clínico Geral
CRM 7547

Assinatura do perito Examinador - CRM

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170005372 **Cidade:** Vera Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura antebraço direito

Descrição do exame DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Paciente internado para realizar cirurgia do antebraço direito, no qual não ficou sabendo da mesma, evadiu-se do hospital sem alta médica com gesso no antebraço direito, feito analgésicos e sem sinais de infecção. evoluiu com hipertrofia muscular leve e leve força muscular diminuída

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO NO MESMO

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

UF do CRM do médico: RN

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

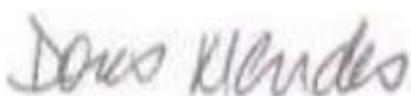
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170005372 **Cidade:** Vera Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

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 %	R\$ 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: 3170005372 **Cidade:** Vera Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA FIGUEIREDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/07/2016 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura antebraço direito

Descrição do exame DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: Paciente internado para realizar cirurgia do antebraço direito, no qual não ficou sabendo da mesma, evadiu-se do hospital sem alta médica com gesso no antebraço direito, feito analgésicos e sem sinais de infecção. evoluiu com hipertrofia muscular leve e leve força muscular diminuída

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/01/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSÃO NO MESMO

Médico examinador: DAURI LIMA DO NASCIMENTO FILHO

CRM do médico: 7547

UF do CRM do médico: RN

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

