



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10278573

A/C: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA

Sinistro: 3160489950 ASL-1014480/16
Vítima: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA
Data Acidente: 06/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

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: **MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000645-9**

Conta: **0000024423-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = 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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2016

Carta nº: 9539171

A/C: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA

Sinistro: 3160489950 ASL-1014480/16
Vitima: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA
Data Acidente: 06/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOAO BATISTA DE LIMA NETO

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



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: 28/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00645-9

CONTA: 000000024423-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2812201605000000000023700645000000024423472500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160489950 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VENICIUS ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 06/01/2016 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de antebraço esquerdo (radio e ulna).

Descrição do exame médico pericial: Limitação dos movimentos e diminuição da força do MMSS esquerdo.

Resultados terapêuticos: Redução e osteossíntese do radio e ulna esquerdo, com placas DCP e parafusos. Realizou fisioterapia.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/12/2016

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítima do Seguro DPVAT.**

Documento confidencial, de circulação restrita regida por sigilo.

Nome do(a) Examinador(a): MARCOS VENÍCIUS ALVES DA SILVA
Endereço do(a) Examinador(a): R: SANTA EDIVIRGENS Nº 10, MODUMBIM - FORTALEZA - CE
Identificação – Órgão emissor/UF/Número: RG. /] 200661033710
Data e local do exame: 03/12/16] 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 DE CULNA (E). APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE SUSTENTAÇÃO DO MEMBRO COM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PUNHO E ANTEBRAÇO

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 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 o quadro 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.
REALIZADA OSTEOSSINTÊSE COM PLACAS DCP E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA DEFINITIVA COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIMINUIÇÃO DA FORÇA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ SIM [] NÃO
Existindo sequela (s) que seja (m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) o descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA DIMINUIÇÃO DA FORÇA E PELA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta a resposta seja "Sim" valorar o dano permanente no item IV opções "b".

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 SUPERIOR ESQUERDO

% 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

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 – assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo de observações.

() Total= "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM.