

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2015

Carta nº: 7595486

A/C: LUCIANE JOSE DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3150705319  
**Vitima:** JACKELINE DO NASCIMENTO TERTULINO  
**Data Acidente:** 10/03/2015  
**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](http://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](http://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 CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta nº: 7686634

**A/C: LUCIANE JOSE DO NASCIMENTO**

**Sinistro:** 3150705319  
**Vítima:** JACKELINE DO NASCIMENTO TERTULINO  
**Data Acidente:** 10/03/2015  
**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](http://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, 08 de Setembro de 2015

Carta nº: 7766417

A/C: LUCIANE JOSE DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3150705319  
**Vitima:** JACKELINE DO NASCIMENTO TERTULINO  
**Data Acidente:** 10/03/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150705319      **Cidade:** Riachuelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACKELINE DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 10/03/2015      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
TERTULINO      DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO FACIAL SEM FRATURAS E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM PÁLPERA SUPERIOR DIREITA (DE ACORDO COM RELATO TRANSCRITO DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO)

**Descrição do exame médico pericial:** FACE SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICO FUNCIONAIS - 0%.

**Resultados terapêuticos:** AS LESÕES FORAM TRATADAS CIRURGICAMENTE COM SUTURA SIMPLES E USO ANTI INFLAMATÓRIO POR VI ORAL.

FACE SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICO FUNCIONAIS, SOMENTE CICATRIZES ANTI ESTÉTICAS E SEM SEQUELAS PERMANENTES.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 02/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:** FACE SEM ALTERAÇÕES ANATÔMICO FUNCIONAIS - 0%.

**Médico examinador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

**CRM do médico:** 6302

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

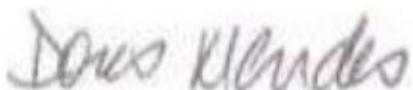
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**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:** 3150705319      **Cidade:** Riachuelo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JACKELINE DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 10/03/2015      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA  
TERTULINO      DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE FACE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTO INCONCLUSIVO

## 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:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

