

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2014

Carta nº: 4969704

A/C: MARLENE DE SOUSA DA SILA

**Sinistro:** 2014220462  
**Vítima:** JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS  
**Data Acidente:** 29/12/2013  
**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.

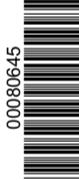
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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 2014**

**Carta nº: 5044031**

**A/C: MARLENE DE SOUSA DA SILA**

**Sinistro:** 2014220462  
**Vitima:** JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS  
**Data Acidente:** 29/12/2013  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLENE DE SOUSA DA SILA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01089

CONTA: 000000036506-8

---

Nr. da Autenticação 74B1DB81ACA3752D

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014220462      **Cidade:** Caucaia      **Natureza:** Invalidez  
**Vítima:** JOAO KLISMAM DA SILVA      **Data do acidente:** 29/12/2013      **Emissor do parecer:** Igor da  
 MARTINS      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A      **Prestadora:** ACE Gestão de Saúde      **CRM do médico:** 4600  
 Ltda.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal dos ossos do antebraço direito.  
**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio na flexo-extensão do punho direito e instabilidade ligamentar radioulnar distal direita.  
**Resultados terapêuticos:** Tratado com cirurgia e fixação com fio intraósseo por 30 dias.  
**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do punho direito  
**Sequelas :** Com sequela  
**Data da perícia:** 08/04/2014  
**Conduta mantida:**  
**Observações:**  
**Valor pleiteado:** 13.500,00  
**Médico avaliador:** Roberto Mendes Rodrigues  
**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75

**Valor avaliado:** 2.531,25

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS** Sinistro: **2014220462** Data: **29/12/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV PINDOBAS, 10 - JAPUARA - Caucaia - CE - CEP 61600-090**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /CE ] 95002307070**

Data local do exame: **[ 08/04/2014 ] 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 distal dos ossos do antebraço direito. Bloqueio na flexo-extensão do punho direito e instabilidade ligamentar radioulnar distal direita**

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 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?  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.  
**Tratado com cirurgia e fixação com fio intraósseo por 30 dias**

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.

**Limitação funcional do punho direito**

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

"Sem sequela permanente" (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):  
**Punho direito**

% 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 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 do médico - CRM  
Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Traumato-Ortopedista  
CRM 4600

Roberto Mendes Rodrigues / Fortaleza - CRM: 4600 - CE

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS** Sinistro: **2014220462** Data: **29/12/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **PV PINDOBAS, 10 - JAPUARA - Caucaia - CE - CEP 61600-090**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSPDS /CE ] 95002307070**

Data local do exame: **[ 03/09/2014 ] 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 RÁDIO DIREITO. SINOVITE DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA DORSOFLEXÃO E HIPOTROFIA MUSCULAR COM PERDA DE FORÇA.**

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. **RECEBEU CONDUTA CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO METÁLICA DA FRATURA COM FIOS DE KIRSCHNER E IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. SEM FISIOTERAPIA.**

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.

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO.**

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

"Sem sequela permanente" (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):  
**PUNHO DIREITO**

% 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 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 de Médico Examinador - CRM  
Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

Fernando Rabelo da Silva - CRM: 3630 - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014220462      **Cidade:** Caucaia      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO KLISMAM DA SILVA MARTINS      **Data do acidente:** 29/12/2013      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO RÁDIO DIREITO.

**Descrição do exame** SINOVITE DO PUNHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA DORSOFLEXÃO E HIPOTROFIA MUSCULAR COM PERDA DE  
**médico pericial:** FORÇA.

**Resultados terapêuticos:** RECEBEU CONDUTA CIRÚRGICA COM FIXAÇÃO METÁLICA DA FRATURA COM FIOS DE KIRSCHNER E IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS. SEM FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/09/2014

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** JÁ INDENIZADO COM R\$ 2.531,25 (75% DE 25%, PUNHO).

**Médico examinador:** Fernando Rabelo da Silva

**CRM do médico:** 3630

**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

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Dequitier Tavares Machado