

---

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**  
  
Nº Sinistro: **3180171450**  
Vitima: **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**  
Data do Acidente: **10/07/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **IZAURA FALCAO DE CARVALHO E MORAIS SANTANA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180171450**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**

**Sinistro:** **3180171450**

**Vítima:** **MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS**

**Data do Acidente:** **10/07/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **IZAURA FALCAO DE CARVALHO E MORAIS SANTANA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180171450** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta n°: 12829935

A/C: MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

Nº Sinistro: 3180171450  
Vitima: MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS  
Data do Acidente: 10/07/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: IZAURA FALCAO DE CARVALHO E MORAIS SANTANA

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: MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004913

Conta: 000003094-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

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

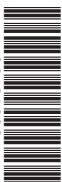
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número da Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

029 270 414 31

Nome completo da vítima

MANGANHA DA VASCONCELOS SANTOS

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>MANGANHA DA VASCONCELOS SANTOS</b>	CPF titular da conta <b>029 270 414 31</b>	Profissão <b>nc LAN</b>
Endereço <b>Rua Xácio Ribeiro</b>	Número <b>812</b>	Complemento
Bairro <b>MANAUS/AM</b>	Cidade <b>ITAMBÉ</b>	Estado <b>06</b>
Email	CEP <b>55920 000</b>	Telefone (DDD) <b>(63) 988008294</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- |                                                        |                                                        |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 |

- |                                                         |                                                        |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00    | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

- CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |                                                                   |                                                |                                     |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237)                           | <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) | <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) |                                                |                                     |

- CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
NRO. **4913** D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. **3094** D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*Manganhada Vasconcelos Santos*  
Local e Data



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PEDRAS DE FOGO  
DATA: 02/04/2012 HORA: 17:09:35  
TERMINAL: 49131003 CONTROLE: 491310030407

AGÊNCIA: 4913 - PEDRAS DE FOGO  
CONTA: 013.00003094-1  
CLIENTE: MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
02/04	0,00

DATA	VALOR
02/04	100,00

DATA	VALOR
19/03	100,00

DATA	VALOR
01/04	0,00

DATA	VALOR
02/04	227,00

MOVIMENTAÇÃO  
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 400,00

Marco

02/03	000000	REM BASICA	0,000
02/03	000000	CRED JUROS	0,000
02/03	021041	OP DIN LOT	-0,000
19/03	000000	REM BASICA	-0,000
19/03	000000	CRED JUROS	-0,390

Abril

01/04	000000	REM BASICA	0,000
01/04	000000	CRED JUROS	0,390
02/04	000000	REM BASICA	0,000
02/04	000000	CRED JUROS	-0,390

RESUMO EM 29/03

1.400,220

SALDO

1.400,220

RESUMO DO DIA

0,00

SALDO BLOQUEADO

-1.400,220

SALDO DISPONIVEL

1.400,220

SALDO TOTAL

1.400,220

16 ABR 2012

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-726 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

**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**

Número do Sinistro: 3180171450  
Nome do(a) Examinado(a): Margarida do Nascimento Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Pedro Ribeiro, 812  
Itambe Itambe PE CEP: 55920-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 1901064  
Data local do acidente: [ 10/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 11/05/2018 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO FÉMUR DIREITO.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO NA URGÊNCIA, DEPOIS PASSOU POR NOVO PROCEDIMENTO COM TROCA DE FIXADOR POR SÍNTSE INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**

**Data da Alta: 26/01/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES DE CIRURGIA NA COXA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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)

- 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 INFERIOR - Lado Direito**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

  
Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180171450      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS      **Data do acidente:** 10/07/2017      **Seguradora:** VANGUARDIA CIA SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES DE CIRURGIA NA COXA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joo Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180171450      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARGARIDA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 10/07/2017      **Seguradora:** VANGUARDIA CIA SEGUROS  
SANTOS

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

**Data da análise:** 04/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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:** 3180171450      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS      **Data do acidente:** 10/07/2017      **Seguradora:** VANGUARDIA CIA SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES DE CIRURGIA NA COXA DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joo Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**