

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180171450**

Vítima: **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

Carta nº 12678792



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** 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 nº: 12829935

A/C: MARGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

Nº Sinistro: 3180171450
Vítima: 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

029.270.414/31

Nome completo da vítima

MANGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MANGARIDA DO NASCIMENTO SANTOS		CPF titular da conta 029.270.414/31	Profissão DO LAR
Endereço Rua João Pedro Ribeiro		Número 812	Complemento
Bairro MARACUJÁ	Cidade ITAMBÉ	Estado PE	CEP 55920-000
Email		Telefone (DDD) (31) 988008294	

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

- ☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

- ☒ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
- ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO
4913

D/V

CONTA

NRO
3094

D/V

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

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.

Assinatura da Vítima 07 de Abril de 2018

Local e Data

Mangarida do Nascimento Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PEDRAS DE FOGO
DATA: 02/04/2018 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
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012	
DATA	VALOR
19/03	100,38
01/04	80,53
02/04	1.227,20

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

485,020

Março

02/03	000000	REM BASICA	0,000
02/03	000000	CRED JUROS	0,330
02/03	021041	OP DIN LOT	1.000,000
19/03	000000	REM BASICA	0,000
19/03	000000	CRED JUROS	0,330

Abril

01/04	000000	REM BASICA	0,000
01/04	000000	CRED JUROS	0,330
02/04	000000	REM BASICA	0,000
02/04	000000	CRED JUROS	0,330

RESUMO EM 29/03
SALDO

1.485,220

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00
1.485,220
1.485,220

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

16 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 FÊMUR 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 SÍNTESE INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HOUE 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

(X) Sim () Não

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

(X) 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 DEFICIT 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"

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)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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

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

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


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
 CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518

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:** VANGUARDA 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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:** VANGUARDA 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 DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO FÊMUR DIREITO, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

Victor Borba