

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11847901

A/C: TAIANE SILVA MOREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170558860 ASL-0402231/17

**Vitima:** TAIANE SILVA MOREIRA

**Data Acidente:** 08/04/2017

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2017

Carta nº: 11848167

A/C: TAIANE SILVA MOREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170558860 ASL-0402231/17**

**Vitima: TAIANE SILVA MOREIRA**

**Data Acidente: 08/04/2017**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **17/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/04/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

**Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017**

**Carta n°: 11941175**

**A/C: TAIANE SILVA MOREIRA**

**Sinistro:** 3170558860 ASL-0402231/17  
**Vítima:** TAIANE SILVA MOREIRA  
**Data Acidente:** 08/04/2017  
**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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, 30 de Novembro de 2017

Carta n°: 12033733

A/C: TAIANE SILVA MOREIRA

**Nº Sinistro:** 3170558860  
**Vitima:** TAIANE SILVA MOREIRA  
**Data do Acidente:** 08/04/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**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: TAIANE SILVA MOREIRA**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000002261**

**Conta: 000006520-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

**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](http://www.seguradoralider.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: 23/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: TAIANE SILVA MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02261

CONTA: 00000006520-7

---

Nr. da Autenticação A17674D86D9F4D4B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170558860  
**Vítima:** TAIANE SILVA MOREIRA

**Cidade:** Itabaiana  
**Data do acidente:** 08/04/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 10/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de ossos da perna direita, submetido à tratamento cirúrgico

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

## 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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170558860  
**Vítima:** TAIANE SILVA MOREIRA

**Cidade:** Itabaiana  
**Data do acidente:** 08/04/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (++/+)+, COM APOIO DE MULETA. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DISTAL DA Perna. FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUÍDAS (+++/+5). PEQUENA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA POR DESUSO, EDEMA LOCALIZADO EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA, COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 08/04/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/04/2017.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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

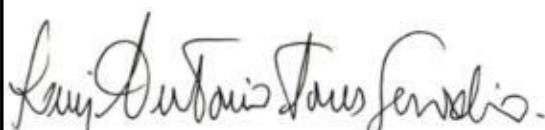
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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): **TAIANE SILVA MOREIRA** Sinistro: **3170558860** Data: **08/04/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PADRE SEBASTIÃO P DE GOIS, 286 - CENTRO - Itabaiana - SE - CEP 49500-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **3.485.747-8**

Data local do exame: [ **16/11/2017** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**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 DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA. A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (++/4), COM APOIO DE MULETA. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DISTAL DA Perna. FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUÍDAS (+++/5). PEQUENA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA POR DESUSO, EDEMA LOCALIZADO EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.**

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.

**TRATAMENTO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA, COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 08/04/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/04/2017.**

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 membro inferior 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):

**Membro inferior 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar 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.

*Manoel Otacílio Nascimento Júnior*  
NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior  
CRM: 1827 SERGIPE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170558860      **Cidade:** Itabaiana      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TAIANE SILVA MOREIRA      **Data do acidente:** 08/04/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA, À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE (++/+)+, COM APOIO DE MULETA. PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DISTAL DA Perna. FORÇA MUSCULAR DA Perna E DO PÉ DIMINUÍDAS (+++/+5). PEQUENA HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA POR DESUSO, EDEMA LOCALIZADO EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA, COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 08/04/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/04/2017.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

