

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180580151**

**Vítima: ANA RAQUEL FERREIRA CRUZ**

**Data do Acidente: 12/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA RAQUEL FERREIRA CRUZ**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **ANA RAQUEL FERREIRA CRUZ**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000004647**

Conta: **000000005398-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
REC. 27 AGO 2018  
Nome:

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A.  
10 DEZ 2018

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

ASL-0323165/18  
liliana.pereira.0081  
04/12/2018 16:37:05

**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: 3180580151  
Nome do(a) Examinado(a): Ana Raquel Ferreira Cruz  
Endereço do(a) Examinado(a): Ru Sao Jose, S/N  
Muriti Paracuru CE CEP: 62680-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2002099124642  
Data local do acidente: [ 12/05/2018 ]  
Data local do exame: [ 31/01/2019 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TCE COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO TEMPORAL ESQUERDO. TC DA COLUNA CERVICAL (13/05/18): FRATURA NO 1º ARCO COSTAL DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA NO OMBRO DIREITO, SEM FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SEM**  
**Data da Alta: 29/10/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LESÃO NERVOSA INTERCOSTAL COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO DIREITO, DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO TRONCO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO. SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS CENTRAIS DETECTÁVEIS.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**SEQUELA FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURA TORÁCICA PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO TRONCO E DA ALTERAÇÃO NA INSPIRAÇÃO**  
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"<br>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | ( ) "Sem seqüela permanente"<br>(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 (Seqüela):<br><b>LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.</b><br>% do dano: (X) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                                                                                                                                       | Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.**

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



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050

# 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: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ANA RAQUEL FERREIRA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04647

CONTA: 000000005398-9

---

Nr. da Autenticação 29A00FC3E17DEC5C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180580151 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANA RAQUEL FERREIRA CRUZ **Data do acidente:** 12/05/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO TEMPORAL ESQUERDO. TC DA COLUNA CERVICAL (13/05/18): FRATURA NO 1º ARCO COSTAL DIREITO

**Descrição do exame físico:** LESÃO NERVOSA INTERCOSTAL COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DE ABDUÇÃO E FLEXÃO DO OMBRO DIREITO, DOS MOVIMENTOS DE ROTAÇÃO E LATERALIZAÇÃO DO TRONCO DO TRONCO E DA INSPIRAÇÃO. SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS CENTRAIS DETECTÁVEIS.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.

## 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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>