

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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**

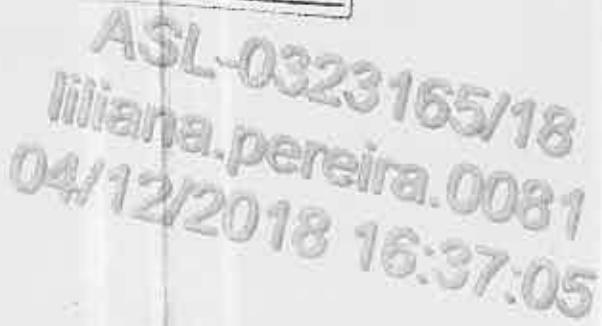
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno 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,





**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: 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 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:

**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"

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):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICOS  
CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO  
COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA,  
RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR.**

% 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

- 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: 00000005398-9

---

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 TORÁCICOS 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>