

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425324

A/C: MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Nº Sinistro:** 3180054874  
**Vítima:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL  
**Data do Acidente:** 19/10/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JERRY DA SILVA

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: **MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000752**

Conta: **0000017150-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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**



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Nº Sinistro:** 3180054874

**Vitima:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Data do Acidente:** 19/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JERRY DA SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180054874**.

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 12328458



Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Sinistro:** 3180054874

**Vítima:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Data do Acidente:** 19/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JERRY DA SILVA

**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 3180054874** 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**





**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 do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima <i>392.284.363-87</i>	Nome completo da vítima <i>Maria Ivoneide Lourenço Vidal</i>
---------------------------	--	---

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

Nome completo <i>Maria Ivoneide Lourenço Vidal</i>		CPF titular da conta <i>392.284.363-87</i>	Profissão <i>Doméstica</i>
Endereço <i>Av. Brasil</i>		Número <i>266A</i>	Complemento <i>Casa</i>
Bairro <i>São João</i>	Cidade <i>Quixadá</i>	Estado <i>Ceará</i>	CEP <i>63.900-000</i>
Email <i>Não Possui</i>			Telefone (DDD) <i>(88) 99608-6084</i>

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 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\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text" value="752"/> DV <input type="text" value=""/> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/>	
<b>CONTA</b> NRO. <input type="text" value="17150"/> DV <input type="text" value="7"/> (Informar dígito se existir)		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	
		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> DV <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

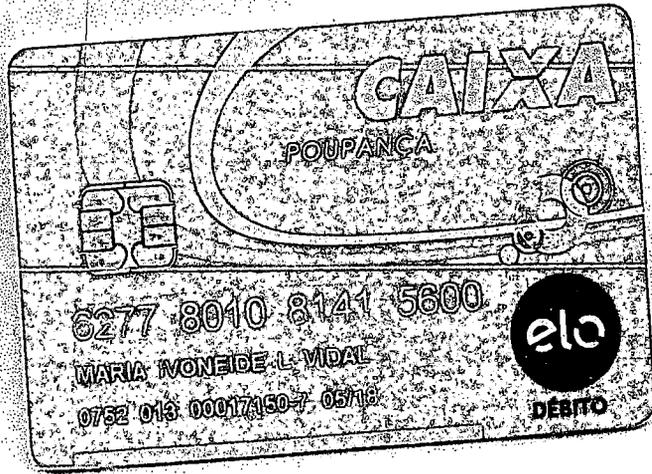
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

*Quixadá/CE, 05 de Janeiro de 2018*  
Local e Data

*Maria Ivoneide Lourenço Vidal*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 08 JAN 2018  
 Seguradora S/A  
 Av. Dom Luís, 300 - Loja 147  
 Ilhéus - Fortaleza / CE



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTENIDO NÃO VERIFICADO  
08 JAN 2018  
Banco Seguradora S/A  
Av. Dom Luis, 300 - Loja 147  
Nicoita - Fortaleza / CE



**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: 3180054874

Nome do(a) Examinado(a): MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA BRASIL, 2661 SÃO JOÃO QUIXADÁ/CE

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: Documento de Identidade, SSP / CE, 20170673582

Data e local do acidente: 19/10/2017, QUIXADÁ/CE

Data e local do exame: 08/02/2018, Fortaleza/CE

### **Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da falange proximal do 4º pododáctilo esquerdo.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, o estágio clínico atual da lesão obteve resposta discreta, depois de terem sido adotadas as medidas terapêuticas cabíveis: tratamento cirúrgico e medicamentoso. Avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no 4º dedo do pé esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões da periciada.

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

Ao exame do 4º dedo do pé esquerdo, apresenta diminuição da capacidade plena de flexão e extensão do 4º pododáctilo de pé esquerdo em decorrência da rigidez articular decorrente da fratura de 4º dedo do pé esquerdo. Apresenta mobilidade do pé e demais dedos preservada, de modo que as restrições ficam restritas ao 4º dedo.

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

Sim  Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

Sim  Não.

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

Perda funcional, parcial e incompleta do 4º dedo do pé esquerdo, devido à redução da mobilidade.

**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 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 sequelas permanentes” (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

**Região Corporal (Sequela):** 4º Dedo do Pé - Esquerdo - MÉDIA - 50%

**% 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 a valoração do dano corporal.

  
Assinatura e carimbo do médico **Antº Eusébio Teixeira Rocha**  
Médico do Trabalho  
MIB nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90  
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180054874

**Cidade:** Quixadá

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MARIA IVONEIDE LOURENCO VIDAL

**Data do acidente:** 19/10/2017

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da falange proximal do 4º pododáctilo esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame do 4º dedo do pé esquerdo, apresenta diminuição da capacidade plena de flexão e extensão do 4º pododáctilo de pé esquerdo em decorrência da rigidez articular decorrente da fratura de 4º dedo do pé esquerdo. Apresenta mobilidade do pé e demais dedos preservada, de modo que as restrições ficam restritas ao 4º dedo.

**Resultados terapêuticos:** A periciada apresentou na fase aguda das lesões Fratura da falange proximal do 4º pododáctilo esquerdo, bem como restrição severa da mobilidade do 4º dedo do pé esquerdo, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetida a tratamento cirúrgico e medicamentoso. Após tratamento, na fase de estadiamento das lesões, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no 4º dedo do pé esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta do 4º dedo do pé esquerdo, em grau médio, devido à redução da mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/02/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Antonio Eusebio Teixeira Rocha

**CRM do médico:** 4774

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

**PRESTADOR**

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**

