

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190299467

Vítima: CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190299467**

Vítima: CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

Data do Acidente: 06/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000000755

Conta: 0000017261-5

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190299467

Nome do(a) Examinado(a): CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOAQUIM DE SOUSA BARRETO, 1819
- Russas/CE - CEP 62900-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 330347298 - SSP

Data e Local do Acidente : 06/10/2018 - RUSSAS - CE

Data e Local do Exame : 14/05/2019 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA,
1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, DESVIO DA LIMHA MÉDIA E
HIDROCEFALIA

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

TRAQUEOSTOMIZADA. REALIZOU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA
COM SEPULTAMENTO ÓSSEO NO ABDOME. POSTERIOR
CRANIOPLASTIA E DVP. APRESENTOU INFECÇÃO. FEZ
ANTIBIOTICOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM 11/01/19. EM USO
CONTÍNUO DE RISPERIDONA, CARBAMAZEPINA E FENITOÍNA.

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

ASSIMETRIA CRANIANA COM DEFORMIDADE ESTRUTURAL À
ESQUERDA E AFUNDAMENTO. DÉFICIT COGNITIVO COM DÉFICIT DE
MEMÓRIA DE CURTO E DE LONGO PRAZO, DÉFICIT DE LINGUAGEM
COM PREJUÍZO NA COMPREENSÃO E EXPRESSÃO, DISTRIBILIDADE,
DÉFICIT DE ATENÇÃO, DISTÚRbio DE EQUILÍBRIO.

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

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não**

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

SEQUELA NEUROLÓGICA MODERADA POR DÉFICIT COGNITIVO, DISTÚRBIO DE EQUILÍBRIO, USO CONTÍNUO DE MEDICAÇÃO CONTROLADA.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% 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.



Dr. Greive Freitas Cavalcante
Médica - CRM 9050

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE

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: 21/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDENISIA MARIA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00755

CONTA: 000000017261-5

Nr. da Autenticação 8D7744EF76CE1A86

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190299467 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDENISIA MARIA DE LIMA **Data do acidente:** 06/10/2018 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: TCE GRAVE COM HEMATOMA SUBDURAL, DESVIO DA LIMHA MÉDIA E HIDROCEFALIA

Descrição do exame físico: ASSIMETRIA CRANIANA COM DEFORMIDADE ESTRUTURAL À ESQUERDA E AFUNDAMENTO. DÉFICIT COGNITIVO FÍSICO: COM DÉFICIT DE MEMÓRIA DE CURTO E DE LONGO PRAZO, DÉFICIT DE LINGUAGEM COM PREJUÍZO NA COMPREENSÃO E EXPRESSÃO, DISTRIBILIDADE, DÉFICIT DE ATENÇÃO, DISTÚRbio DE EQUILÍBRIO.

Resultados terapêuticos: TRAQUEOSTOMIZADA. REALIZOU CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA COM SEPULTAMENTO ÓSSEO NO ABDOME. POSTERIOR CRANIOPLASTIA E DVP. APRESENTOU INFECÇÃO. FEZ ANTIBIOTICOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM 11/01/19.

EM USO CONTÍNUO DE RISPERIDONA, CARBAMAZEPINA E FENITOÍNA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 14/05/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM SNC, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00