

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LIDIA GOMES FREIRE**

Nº Sinistro: **3180173399**

Vitima: **LIDIA GOMES FREIRE**

Data do Acidente: **21/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180173399**.

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 12696815



Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LIDIA GOMES FREIRE
Nº Sinistro: 3180173399
Vitima: LIDIA GOMES FREIRE
Data do Acidente: 21/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180173399**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12840019

A/C: LIDIA GOMES FREIRE

Nº Sinistro: 3180173399
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE
Data do Acidente: 21/10/2017
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: LIDIA GOMES FREIRE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001069

Conta: 00000084797-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180173399 Vítima: LIDIA GOMES FREIRE

Data do Acidente: 21/10/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180173399

Vítima: LIDIA GOMES FREIRE

Data do Acidente: 21/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIDIA GOMES FREIRE

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LIDIA GOMES FREIRE**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001069**

Conta: **00000084797-7**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: 3180173399
Nome do(a) Examinado(a): Lidia Gomes Freire
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sargento Rodoval Cabral, 355 Casa
Centro Ceara-mirim RN CEP: 59570-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 3368188
Data local do acidente: [21/10/2017]
Data local do exame: [02/04/2019] NATAL [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS EM TAT DEVIDO A ARRANCAMENTO DA MESMA. INICIALMENTE COLOCADO FIXADOR EXTERNO EM FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO. DEVIDO A PSEUDOARTROSE DE TÍBIA DISTAL FOI COLOCADO ILIZAROV PARA TRATAMENTO.
Data da Alta: 19/12/2018

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

LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO PARA FLEXO-EXTENSÃO, DESVIO EM VARO DE PERNA DISTAL ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, MARCHA CLAUDICANTE DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA, FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO PERFAZENDO 90 GRAUS, EDEMA DE PÉ ESQUERDO.

- 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:

INVALIDEZ AO NÍVEL DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTO.

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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% 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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira

DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPÉDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315

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: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDIA GOMES FREIRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000084797-7

Nr. da Autenticação EBF4099F10435E32

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: 08/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIDIA GOMES FREIRE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000084797-7

Nr. da Autenticação 5645BD58EAD75C50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180173399 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO PARA FLEXO-EXTENSÃO, DESVIO EM VARO DE PERNA DISTAL ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, MARCHA CLAUDICANTE DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA, FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO PERFAZENDO 90 GRAUS, EDEMA DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RX DEMONSTRA FRATURA CONSOLIDADA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA EM VARO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO PARA FLEXO-EXTENSÃO, DESVIO EM VARO DE PERNA DISTAL ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, MARCHA CLAUDICANTE DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA, FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO PERFAZENDO 90 GRAUS, EDEMA DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 25% DO MEMBRO INFERIOR

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180173399 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PERNA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO PARA FLEXO-EXTENSÃO, DESVIO EM VARO DE PERNA DISTAL ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, MARCHA CLAUDICANTE DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA, FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO PERFAZENDO 90 GRAUS, EDEMA DE PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: RX DEMONSTRA FRATURA CONSOLIDADA DE TÍBIA DISTAL ESQUERDA EM VARO. LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DE TORNOZELO ESQUERDO PARA FLEXO-EXTENSÃO, DESVIO EM VARO DE PERNA DISTAL ESQUERDA, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS, MARCHA CLAUDICANTE DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA, FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO PERFAZENDO 90 GRAUS, EDEMA DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 25% DO MEMBRO INFERIOR

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180173399 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: PERDA LEVE DA MOBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

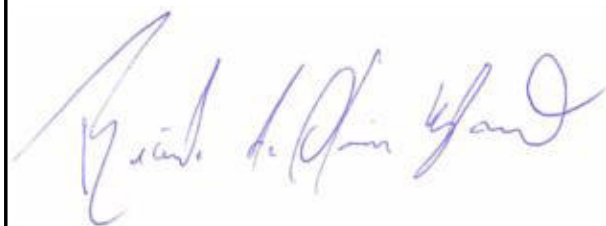
Líder- Serviços AMD

Nome do médico: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM do médico: 52.90233-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180173399 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DA TÍBIA)
ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NO VALOR DE R\$2.362,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180173399 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIDIA GOMES FREIRE **Data do acidente:** 21/10/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE
COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(EVOLUIU COM PSEUDOARTROSE DA TÍBIA P.5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: **VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, NO VALOR DE R\$2.362,50. SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50