

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA CELINA DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180477405**

Vitima: **MARIA CELINA DA COSTA**

Data do Acidente: **03/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180477405**.

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 13476775



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA CELINA DA COSTA

Nº Sinistro: 3180477405

Vitima: MARIA CELINA DA COSTA

Data do Acidente: 03/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180477405**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA CELINA DA COSTA**
Nº Sinistro: **3180477405**
Vitima: **MARIA CELINA DA COSTA**
Data do Acidente: **03/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180477405**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 13537946





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, 14 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180477405 Vítima: MARIA CELINA DA COSTA

Data do Acidente: 03/01/2018 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, 03 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180477405

Vítima: MARIA CELINA DA COSTA

Data do Acidente: 03/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA CELINA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 122,43
Juros:	R\$ 3,24
Total creditado:	R\$ 2.758,17

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA CELINA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.758,17**

Banco: **047**

Agência: **00000057**

Conta: **00000012387-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,



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: 25/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.758,17

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA CELINA DA COSTA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00057

CONTA: 000000012387-7

Nr. da Autenticação 4F5772193E70EF26

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180477405

Cidade: São Cristóvão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA CELINA DA COSTA

Data do acidente: 03/01/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. FERIMENTO CORTO CONTUSO NA PÁLPEBRA, NARIZ E LESÃO OCULAR À DIREITA. FRATURA DA CAVIDADE GLENOIDE ESQUERDA. TRAUMA DE PARTES MOLES QUE EVOLUI COM LESÃO NECRÓTICA NA PERNA DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO PERICIADA LÚCIDA, ORIENTADA, FALA NORMAL, SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS. CRÂNIO SIMÉTRICO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO DA PÁLPEBRA DIREITA E NARIZ. OLHO DIREITO COM REFLEXOS CONSENSUAL E FOTO MOTOR PRESERVADOS, CRISTALINO COM REDUÇÃO DO BRILHO E PUPILAS ISOCÓRICAS. REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR (GRAU 3) PARA OS MOVIMENTOS DO OMBRO, AUMENTO DO VOLUME DA ARTICULAÇÃO GLENO UMERAL DEVIDO À CONSOLIDAÇÃO VICIOSA E EDEMA E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO. APRESENTA HIPOTROFIA DO DELTOIDE E BÍCEPS, RESTRIÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO E ABDUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, REDUÇÃO DA FORÇA DA MUSCULATURA DA PERNA E PÉ (GRAU 2) E EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA REGIÃO MEDIAL E POSTERIOR DA PANTURRILHA E REGIÃO DISTAL COM DEPRESSÃO LOCAL. EDEMA NO TORNOZELO E RESTRIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PERICIADA FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 03/01/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 07/02/2018. SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, SUTURAS DOS FERIMENTOS E TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO OCULAR, IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA TIPO AMERICANA NA FRATURA DA GLENOIDE ESQUERDA, DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO DA LESÃO NECRÓTICA NA PERNA, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2º INTENÇÃO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do membro inferior direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2018

Conduta mantida:

Observações: RELATÓRIO MEDICO COM A AVALIAÇÃO DA OFTALMOLOGISTA VANESSA MENEZES DESCREVE "A PACIENTE APRESENTA CATARATA SENIL EM AMBOS OS OLHOS, ACUIDADE VISUAL COM 20/20 NO OLHO DIREITO, 20/40 NO OLHO ESQUERDO".

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			19,5 %	R\$ 2.632,50

PRESTADOR

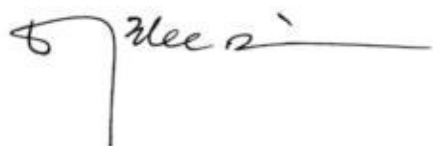
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180477405 **Cidade:** São Cristóvão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA CELINA DA COSTA **Data do acidente:** 03/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO GLENÓIDE À DIREITA SEM DESVIO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros