

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190312902

Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

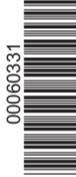
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312902

Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190312902

Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

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



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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190312902

Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **3488**

Conta: **0000010338-6**

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



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: 06/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000010338-6

Nr. da Autenticação 06FEE107F47B7797

**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: **3190312902**

Nome do(a) Examinado(a): **PRISCILA DO NASCIMENTO CARDOSO SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA FRANCISCO INACIO, 112 - VERA CRUZ - Alagoa Grande - PB - CEP 58388-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3127038**

Data e local do acidente: [**26/01/2019**] **ALAGOA GRANDE**

Data e local do exame: [**01/08/2019**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 26/01/2019; SENDO SOCORRIDO POR FAMILIARES AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 03/02/2019. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO DIREITO NA EXTENSÃO (DÉFICIT DE 60 GRAUS).

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:

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO DIREITO NA EXTENSÃO (DÉFICIT DE 60 GRAUS).

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 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

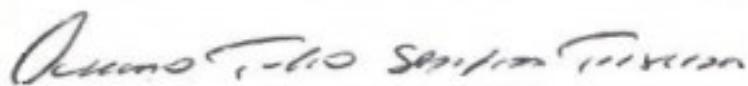
Região Corporal (Sequela):

% 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.



Luciano Túlio Serafim Teixeira - CRM: 7872 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312902 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
CARDOSO SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO DIREITO NA EXTENSÃO (DÉFICIT DE 60 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 26/01/2019; SENDO SOCORRIDO POR FAMILIARES AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 03/02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do punho D devido a limitação da extensão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312902 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
CARDOSO SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA. P-5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	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: 3190312902 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
CARDOSO SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E URNA DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA. P-5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: %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.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	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: 3190312902 **Cidade:** Alagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 26/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A
CARDOSO SILVA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

Descrição do exame físico: PRESENÇA DE CICATRIZ, SEM DEFORMIDADES, SEM EDEMAS. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL COM REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO NO PUNHO DIREITO NA EXTENSÃO (DÉFICIT DE 60 GRAUS).

Resultados terapêuticos: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, QUEDA, NO DIA 26/01/2019; SENDO SOCORRIDO POR FAMILIARES AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE PB ONDE FOI REALIZADO EXAMES DE IMAGENS CONSTATANDO A FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO. REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, FISIOTERAPIA, MEDICAMENTOSO. ALTA NO DIA 03/02/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau leve.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 01/08/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau leve do punho D devido a limitação da extensão articular.
Procedida avaliação médica na cidade de Campina Grande.

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75