
Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000035402-3

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



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200061193 Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data do Acidente: 05/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

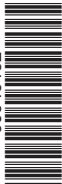
Senhor(a), PRISCILA DE SOUSA LEAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/04/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 600170043-57 4 - Nome completo da vítima: Priscila de Sousa Leal

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Priscila de Sousa Leal 6 - CPF: 600170043-57
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua Brasil/Vila Madre Teresa 4439 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Piquepeira I 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64055-395
15 - E-mail: marcia.vitta@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 98848 6923

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0009 CONTA: 35402 (3)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (parnascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, e ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário ou representante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 05 de fevereiro de 2020

+ Priscila de Sousa Leal

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 012724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2019 11:28 Data/Hora Fim: 10/12/2019 11:37
Delegado da Polícia: Erika Mourão Melo de Aguiar

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Repressão Aos Crimes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/11/2019 21:30

Local do Fato

Município: Teresina (PI)
Logradouro: Rua Fernando Pires Leal

Bairro: São João
Nº: 2953
CEP: 64.045-550

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei. dos crimes de trânsito - C.T.S.)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Teresina - PI

Nome Civil: PRISCILA DE SOUSA LEAL (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Teresina

Sexo: Feminino

Nasc: 06/01/1988

Profissão: Gerente Administrativo

Escolaridade: Ensino Superior Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL

Documentos(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 600.170.043-57

RG - Carteira de Identidade: 2338956

Endereço

Município: Teresina - PI

Logradouro: RUA BRASIL

Nº: 4439

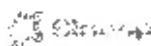
Complemento: CASA

Bairro: PICARREIRA

CEP: 64 056-395

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão
Descrição: NÃO IDENTIFICADO	Veículo Adulterado?: Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor



Delegado da Polícia Civil: Erika Mourão Melo de Aguiar
Impresso por: Jorjaneiro Soares Lima Junior
Data de Impressão: 10/12/2019 11:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO - TERESINA - PI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

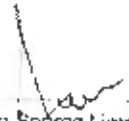
Nº: 012724/2019

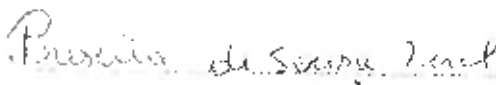
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motocicleta
CPF/CNPJ do Proprietário 600.170.043-57	Placa OEG3622
Renavam 00995995249	Número do Motor JC48E2E001547
Número do Chassi 3C2JC10X0ER001547	Ano/Modelo Fabricação 2014/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Piauí
Município Veículo Teresina	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES
Modelo HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Adaptado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/03/2014	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
PRISCILA DE SOUSA LEAL	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA MENCIONADA E QUE TRANSEGUA A PELA VIA CITADA, MOMENTO EM QUE O AUTOMÓVEL NÃO IDENTIFICADO QUE TRANSITAVA POR UMA RUA TRANSVERSAL, ACESSOU REPENTINAMENTE A VIA QUE É PREFERENCIAL E COLIDIU NA PARTE LATERAL DA MOTOCICLETA DA COMUNICANTE QUE VEIO A CAIR, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU (779) E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL UNIMED TERESINA, CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO 123477. É O RELATO, QUE O REGISTRO DO BO TEM POR FINALIDADE A REQUISIÇÃO DE SEGURO DE DPVAT.

ASSINATURAS


Jerônimo Soares Lima Junior
Agente de Polícia
Matrícula 0094781
Responsável pelo Atendimento


PRISCILA DE SOUSA LEAL
(Vítima - Comunicante)

Declaro para os devidos fins de direito que sou(a) (circulem) vítima (x) não vítima () das informações acima relatadas e que a(s) vítima(s) responder(em) com o preenchimento pelo presente documento que de origem conforme previsto nos Artigos 139, União, 139, Constituição Estadual e 139, Constituição do Estado do Piauí, e no Artigo 139, Código de Processo Penal, Brasileiro.



Delegado de Polícia Civil Enla Moura Melo da Aguiar
Impresso por Jerônimo Soares Lima Junior
Data de Impressão 10/12/2019 11:38
Protocolo nº Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 600170043-57 4 - Nome completo da vítima: Priscila de Sousa Leal

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Priscila de Sousa Leal 6 - CPF: 600170043-57
7 - Profissão: Gerente 8 - Endereço: Rua Brasil/Vila Madre Teresa 4439 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Piquepeira I 12 - Cidade: Teresina 13 - Estado: PI 14 - CEP: 64055-395
15 - E-mail: marcia.vitta@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (86) 98848 6923

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.001,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0009 CONTA: 35402 (3) AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (parnascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura legível da vítima ou beneficiário ou representante

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Teresina - PI, 05 de fevereiro de 2020

+ Priscila de Sousa Leal

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 04/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000035402-3

Nr. da Autenticação FE9D80D130B25960



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados e o parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200061193 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PRISCILA DE SOUSA LEAL

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO PACHECO JUNIOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - EPP

BENEFICIÁRIO PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF/CNPJ: 60017004357

Posição em 14-08-2020 09:47:06

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) (I

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
04/03/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/04/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m448grhuViTKCEkFyZdIapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)
13/03/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/hilMEW3e5Dc01ZyvL3bIapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)
11/02/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SUePhLcaxMY5BfWlvNgbcapi_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByJ8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)

08/02/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/HuadYKznPK1FCiVdmYTa_api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhByj8dGJLvGCdZvVZsnwpk0=)
------------	------------------------------------	--



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true)
I%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)

Nº do chamado	Data do chamado	PRO (código)	Saída do PA	Chegada ao Local	Saída do Local	Chegada ao Hospital
779	05.11.10	2903	23:05	23:15	22:20	22:50
Endereço	Fernando Pires local			Ponto de Referência		
Nome				Sexo		DN:
Priscila de Souza local				() M () F ()		06.04.88
Tipo de ocorrência		Idade: 31 anos				
☒ 01- Acidente de Transporte ☐ 02- Espancamento ☐ 03- Ferimento por Arma de Fogo ☐ 04- Ferimento por Arma Branca ☐ 05- Urgência Psiquiátrica		☐ 06- Tentativa de Suicídio ☐ 07- Envenenamento ☐ 08- Afogamento ☐ 09- Queimadura ☐ 10- Choque Elétrico				
☐ 11- Queda ☐ 12- Urgência Clínica ☐ 13- Urgência Obstétrica ☐ 14- Transferência ☐ 15- Exames Complementares		☐ 16- Já removido ☐ 17- Falso Chamado ☐ 18- Outros				
A - VIAS AÉREAS	☒ Pálidas () Guedel () Cricotireoidostomia ☐ Parcialmente obstruídas () Aspiração ☐ Obstruídas () Intubação					
B - RESPIRAÇÃO	☒ Eupneia () Bradipneia () Ar Ambiente () Ambú ☐ Dispneia () Apneia () Câmbio () VM ☐ Taquipneia () Gasping () Máscara () Tubo na					
C - CIRCULAÇÃO	☒ Normocrado () EC < 2 seg. () Normocárdico () Chelo () FV ☐ Pálido () EC > 2 seg. () Taquicárdico () Fino () TVSP ☐ Cianose () Hemorragia () Bradicárdico () Ausente () AESP ☐ Úmida, fria () Assist.					
D - NEUROLÓGICO	GLASGOW 15 RASS PUPILAS () Fixas () Reagentes () Isocóricas () Miotóticas () Miotóticas () Anisocóricas D...E					
E - EXPOSIÇÃO	Fraturas () Exposta Pale íntegra () Sim () Fechada () Não					
ESCALA DE DOR DE 0 A 10	() Sem dor () Dor MM II e lesão corbante am superior esquerdo					
S - SINAIS VITAIS	PA 110x80 FC 95 FR SpO2 97% TAX GLU					
A - ALERGIAS	() NÃO () SIM					
M - MEDICAÇÕES	ESCALA TRIPS TRIPS Inicial TRIPS Final					
P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ	ENTRADAS Ringer 500 ml ml SF 0,9% ml SG 5% ml Sedação ml DVA ml					
L - LÍQUIDO E ALIMENTOS	SAÍDA Sangue Diurese esp. SVD Vômito () + () ++ () +++ Evacuação () + () ++ () +++					
A - AMBIENTE	() Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas () Padrão Respiratório Ineficaz () Risco de Aspiração () Risco de Choque () Integridade da Pele Prejudicada () Envenenamento/Intoxicação () Dor Aguda () Confusão Aguda () Glicemia Instável () Mobilidade Física Prejudicada () Risco de Trauma/Quedas () Risco de Infecção () Transtorno psicológico					
CONFERE COM O ORIG. Alex R. Santos Maria Veloso Cantan Gerente Administrativa SAE						
() Monitorar Nível de Consciência/Sedação () Aspirar Vias Aéreas () Manter Cabeceira Elevada em Graus () Administrar/Controlar Oxigênio () Puncionar Acesso Venoso () Realizar Curativo/Compressivo () Realizar Sondagem / Lavagem Gástrica () Realizar Imobilização Padrão () Realizar Reanimação Cardíopulmonar () Realizar Contenção Prescrita () Proteger Contra Hipotermia () Administração segura de medicamentos () Outros						

Vítima de colisão moto com carro consciente, Apresentando
 lesão grave em superior esquerdo. Dor moderada em MSD. Imobilizada
 em prancha longa, Colar cervical. Feito curativo em superior

Hospital de destino: UNIMED

Recebido POR:

ENFERMEIRO(A): Tatiane Lourenço
 Nº COREN: 52894



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência -SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 779	02 Data do chamado 05/11/19	03 PRO (código) 2903	04 Saída do PA 22:05	05 Chegada ao local 22:15
	06 Saída do local 23:38	07 Chegada ao 1º hospital 23:52	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º Hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço: Rua - Fernando Pires Leal				
	11 Bairro São João	12 Município-UF Teresina	Código IBGE		
Dados do Paciente	13 Ponto de referência Al. A. D. D. D.				
	14 Nome Rafaela de Souza Leal				15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado
Tipo de Ocorrência	16 Idade 31				17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 3 - Ignorado
	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado		
	22 Equipamentos de segurança Capacete ☐ Airbag ☐ Cinto de segurança ☐ Assento para criança ☐				
Exame Físico	23 Glasgow = 13 ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - A voz 2 - A dor 1 - Nenhuma		RESPOSTA VERBAL 4 - Orientada 3 - Confusa 2 - Palavras inapropriadas 1 - Palavras incompreensíveis 0 - Nenhuma		24 Sinais Vitais Pulso ☒ Respiração ☒ PA ☒ TAX ☒ SatO2 ☒
	25 Local da lesão 		26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais 27 Pulso Radial ☒ Central ☐ 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente 28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - Muito Intensa 5 - Insuportável		30 Fratura 1 - Sim ☐ Exposta ☐ Fechada ☐ 2 - Não ☐ 3 - Suspeito ☐		
	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração ☐ Prancha longa/curta ☒ Imobilização de extremidades ☐ Oxigênio ☐ Colar cervical ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Assistência obstétrica ☐				
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino UNIMED - Teresina		33 Condições de entrada 1 - Melhorado 2 - Estável 3 - Alterado		
	34 Óbito 1 - Sim ☐ 2 - Não ☒ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte ☐				
Observações Interdisciplinares	35 Observações Interdisciplinares Do fato: vítima de colisão de carro com carro. No local com dor abdominal, com capote de segurança de capacete. Após atendimento, vítima foi encaminhada para o Hospital de Destino. Foi realizado atendimento de suporte de vida e estabilização da vítima. Foi realizado atendimento de suporte de vida e estabilização da vítima. Foi realizado atendimento de suporte de vida e estabilização da vítima.				
	36 Responsável pela recepção Enfermeiro Condutor				

ANAMNESE DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

PACIENTE: PRISCILA DE SOUSA LEAL

DATA NASC.: 06/01/1988

CPF: 60017004357

SEXO: Feminino

ATENDIMENTO: 792944

CONVÊNIO: INTERMED

PROTÚÁRIO: 123477

DATA: 05-11-2019 23:04

QUEIXA PRINCIPAL DO PACIENTE

PCTE VITIMA DE TRAUMA COLISÃO MOTO CARRO , SEM PERDA DE CONSCIENCIA COM LESOA DE CONTINUIDADE EM REGIAO FRONTAL

HOA

EXAME FÍSICO

SEM ALTERAÇÕES

DIAGNÓSTICO

TRATAMENTO PROPOSTO



ASSINATURA DO MÉDICO(a)

Atendimento: 792944

Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Data de Nascimento: 06/01/1988

Idade: 31 Anos 10 Meses

Leito Atual:

Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES

Sector: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Conselho / Número SEM CONSELHO - PE - null

Função: TECNICO EM GESSO

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/11/2019

Data anotação: 06/11/2019

Hora anotação: 00:30

Responsável: MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO

Leito:

01:43 PACTE COM FRAT COMINUTIVA DA DIAFISE DO UMERU DIR. SOLICITADO IMOB. TIPO TALA PINÇA DE CONFITEIRO. UTILIZADO MALHA TBL+2 ATAD. GESSADA DE 20CM+2 ALG. ORT. DE 20CM+4 ATAD. CREPOM DE 15CM. PROCEDIMENTO REALIZADO PACTE INTERNADO(A)!!!


MARCOS AURELIO DA SILVA CARVALHO
SEM CONSELHO

Ficha de Atendimento
Urgência / Adulto



DADOS DO PACIENTE

Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL
CPF: 60017004357
Mãe: MARIA DAS DORES SOUSA LEAL
Carteirinha: 09330733201050013
Convênio: INTERMED
Endereço: RUA BRASIL
CEP:

Idade: 31
Identidade / RG: 2338956
Pai: NAO CONSTA
Senha Aut: 2882254
Plano: PRATA
Bairro: SAMAPI
Cidade: TERESINA

Dt. Nascimento: 06/01/1988 02:00:00
Sexo: F
Telefone: 95258179
Guia: 1116850
Validade: 26/03/2024
Complemento:
Estado: PIAUI

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 792944
Origem do Atendimento: URGÊNCIA
Médico: PLANTONISTA HOSPITAL UNIMED TERESINA
Procedimento: CONSULTA EM PRONTO SOCORRO

Prontuário: 123477

Data/Hora: 05/11/2019 22:56:06
Usuario: PMARIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Complemento:

Telefone:
Bairro:

FC: 100 bpm
PA: 132 x 77 bpm
SaO₂: 98%

Adeline da Silva
Assinatura Cliente/Responsável

Paciente...: 123477 - PRISCILA DE SOUSA LEAL
Prescrição...: 1094591 Data: 05/11/2019 23:05
Atendimento: 792944 Dt Nasc: 05/01/1988 (31a 10m 0d)
Convênio...: INTERMED
Internação...: 05/11/2019 22:56 0 Dias(s) Int
Médico...: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA
Unid. Int.: Leto.: Cobertura:
Cid...: T141 FERIM DE REGIAO NE DO CORPO Diagnóstico:
PRESTADOR RESP. PELO DOCUMENTO...: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES - CRM - PI - 5388
FUNÇÃO: MEDICO(A)

1ª VIA

Isabel MSE
Rubrica do Responsável



Alergias: NEGA ALERGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS	Qty	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
1 SORO FISIOLÓGICO 0,9% - 500ML	1	FR		IV	AGORA	[05/11] 23:05
2 DIBIRONA SOL INJ 1G-2ML	1	AMPOLA		IV	AGORA	[05/11] 23:05
1 -> AGUA DESTILADA SOL INJ	1	AMPOLA				
10ML						
1 -> SERINGA DESC. 10CC CBICO	1	UND				
8AGULHA						
1 -> AGULHA DESC.	1	UND				
C/DISP.18GX1(40X12)						

EXAMES DE IMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apf	Frequência	Datas/Horários
3 RX TORAX PA PERFIL ; Exame: 190720 190721						
4 RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL (OMBRO) DIREITO ; Exame: 190720 190721						
5 RX PUNHO AP - LAT (DIREITO) ; Exame: 190720 190721						
6 RX COLUNA LOMBAR ; Exame: 190720 190721						
7 RX COLUNA CERVICAL AP - LAT ; Exame: 190720 190721						
8 TC CRANIO ; Exame: 190720 190721 Justificativa: AVALIACAO Obs: EXAME DE URGENCIA-SEM PREPARO. EXAME ELETIVO. JEJUM DE 4H						

Nega

AP: Nega

Gutemberg
GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES
CRM 5388

Dados do Paciente:

Paciente: 123477 PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 9 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Dados da Internação:

Atendimento: 792944

CID: T141 FERIM DE REGIÃO DE DO CORPO

Convênio: 478 INTERMED

Dt Internação: 05/11/2019

Serviço: CLÍNICA MÉDICA

Leito:

Enfermaria:

Unidade:

Solicitação do Parecer:

Código: 27539

Data: 05/11/2019

Prestador: ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

Especialidade: 43 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Descrição: PCTE VITIMA DE TRAUMA CONTUSO, COLISÃO MOTO CARRO COM ELISÃO DE CONTROLO E EM
REGIÃO FRONTAL

ISABEL CRISTINA DE CARVALHO COSTA

CRM 1357

Atendimento: 792944

Paciente: PRISCILA DE SOUSA LEAL

Idade: 31 Anos 10 Meses

Data de Nascimento: 06/01/1988

Leito Atual:

Médico Assistente: GUTEMBERG CLEMENTINO MARTINS M SOARES

Setor: PRONTO ATENDIMENTO

Prestador Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Conselho / Número COREN - PI - 921004

Função: TECNICO(A) EM ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO ENFERMAGEM

Data de Referência: 06/11/2019

Data anotação: 06/11/2019

Hora anotação: 00:00

Responsável: TALISON VIEIRA DA SILVA

Leito:

23:16 h

Cliente deu entrada neste pronto-atendimento com queixa principal de Cotisap Moto x Carro, nível de consciência e orientação temporo-espacial satisfatórios, responsividade a estímulos verbais e dolorosos presente, respirando espontaneamente sem aporte de oxigenioterapia, nega alergia medicamentosa, realizado punção de acesso venoso periférico com cateter do tipo Jelco calibre 18 G em MSE e administrado medicação conforme prescrição médica + hidratação venosa, realizado exames de Laboratório + Imagem + Eletrocardiograma e respondido parecer da Especialidade Ortopedista, realizado sutura pela médica do plantão. Segue de Alta Hospitalar após reavaliação médica do pronto-atendimento para internação, transferida para acomodação com médico ciente do procedimento aguardando programação.



TALISON VIEIRA DA SILVA

COREN 921004

NOME : **PRISCILLA DE SOUSA LEAL**
MÉDICO : **GUTEMBERG C. M. M. SOARES**

NÚMERO : **626299**

DATA : **18/11/2019**

FATURA: **5140635**



RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Osteossíntese de fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.

NOME : **PRISCILLA DE SOUSA LEAL**
MÉDICO : **GUTEMBERG C. M. M. SOARES**

NÚMERO : **626299**

DATA : **16/12/2019**

FATURA: **5164165**



RADIOGRAFIA DO BRAÇO DIREITO

RELATÓRIO

O estudo radiológico do braço, realizado em incidências ântero/posterior e perfil, demonstra:

- Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.
- Demais estruturas ósseas: com densidade e anatomia preservada.
- Espaços e superfícies articulares: mantidos.
- Partes moles: com volume e densidade sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Osteossíntese em fratura cominutiva em vias de consolidação na diáfise média do úmero, com material cirúrgico íntegros sem sinais de soltura. Não há desalinhamento ósseo significativo.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Hospital
Unimed 44
Sorocaba

PACIENTE: PRISCILA DE MOURA LEMAI

LAUDO MÉDICO

Paciente, 32 anos, com trauma em MSD há 03 meses com fratura de úmero D tratado cirurgicamente com osteossíntese (placa e parafusos).
No momento fratura com calo ósseo exuberante em raio-x e clinicamente consolidado.

S432 + M255

Data 22/01/2020
Data

Dr. Guilherme M. V. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 100.000.000-0



**CLÍNICA
MACHADO**

RELATÓRIO MÉDICO

Relatamos que paciente de 40 anos, sexo masculino, foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido em 05/11/19 às 21:30. Tem sofrido forte trauma que resultou, causando lesões fraturas no úmero direito, sendo feita imediata cirurgia ortopédica através de osteossíntese, com colocação de placa fixadora, com afixação de fixadores. Há grande com sequelas: fortes dores, dificuldade de movimentação com sensação de enrijecimento do membro atingido, com presença de edema evidente no braço esquerdo. Com comprometimento da função de 70%.

- Alergologia
- Clínica geral
- Clínica Médica
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endoscopia
- Ecocardiograma
- Eletrocardiograma
- Exames Laboratoriais
- Gastroenterologia
- Ginecologia
- Medicina do Trabalho
- Medicina Estética
- Pediatria
- Pequenas Cirurgias
- Testes Alérgicos
- Tomografia
- Ultrassonografia em Geral
- Urologia

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-Pi

13042020

Dr. Edimar Machado da Silva
Alergologia - Dermatologia
Clínica Geral e Cirurgia
CRM: 1564-PI - CRM: 2660-MA
(86) 9 9532-1987 - Teresina-Pi

Residencial Tropical Park

Rua Cel. Bicaco, 2208 • Em frente a praça Joana Vieira da Silva
Fones: 99821-0151 • 98827-3736 • 99903-0929

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - PI Nº 013604744473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
0120190084967

VIA 1 CDD. RENAVAM 00995995249 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME PRISCILA DE SOUSA LEAL

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF / CNPJ 60017004357 PLACA OEG-3622

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2JC4820ER001547

ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA / NENHUMA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2014

CNPJ / POT / CL 002P/0124CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1º IPVA 2º 3º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

SEM RESTRICOES OBSERVAÇÕES

LOCAL TERESINA DATA 25/02/2019

DIRTOR GERAL DO DETRAN - PI

CONTRAN

PI Nº 013604744473 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 25/02/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 60017004357 PLACA OEG-3622

RENAVAM 00995995249 MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES

ANO FAB. 2013 COT. TAR. 09 Nº CHASSI 9C2JC4820ER001547

PREMIO TARIFARIO

FUEL (R\$) 000,00 DENATRAM (R\$) 000,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 IOF (R\$) 000,00 TOTAL DO BILHETE (R\$) 084,56

PAGAMENTO X COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 30/01/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Marcia de Sousa Lea
 Data do Acidente: 05/11/2019 CPF da vítima: 600.170.043-57
 Portador da documentação: 233 8956 SSP/P1
 Qualificação do Portador: ☒ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:
 Endereço do portador: Rua Brasil, Vila Madre Teresa
 Número: 4439 Complemento: — Bairro: Picasseira I
 Cidade: Terresina UF: PI CEP: 64055-395 Telefone: (86) 988486923
 E-mail: marciavitta@hotmail.com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: Terresina, 05/02/2020
 Identidade: 2338.956
 Assinatura: Marcia de Sousa Lea

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pai ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:
 Nome:
 Assinatura:

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200061193

Data da solicitação: 13/04/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Priscila de Sousa Beal

CPF do beneficiário: 600170043-57

Nome do solicitante: Priscila de Sousa Beal

CPF do solicitante: 600170043-57

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (086) 98848-6923 Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

O valor que recebi da Seguradora está incompatível com a lesão que eu tenho no braço. Não tenho mais os mesmos movimentos de antes do acidente, tenho limitações no membro e não consigo mais realizar atividades que realizava antes do acidente.

Teresina, 13/04/2020

Local e Data

Priscila de Sousa Beal

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061193 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Descrição do exame físico: PACIENTE APRESENTA CICATRIZES EM FACE ANTERIOR DO BRAÇO DIREITO COM HIPOTROFIA MUSCULAR LOCAL; ADM DE OMBRO DIREITO: ABDUÇÃO 85°; FLEXÃO 80°; ROTAÇÃO EXTERNA 10°; ROTAÇÃO INTERNA 20°; EXTENSÃO 10°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200061193 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL **Data do acidente:** 05/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO DIREITO MEDIANTE PLACA E PARAFUSOS E EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO APÓS REABILITAÇÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR PERITO MÉDICO EM 18/02/2020.
@P1

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

Número do Sinistro: 3200061193

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF: 600.170.043-57

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PRISCILA DE SOUSA LEAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/04/2020
Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL
CPF: 600.170.043-57

PRISCILA DE SOUSA LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/04/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0049791/20

Vítima: PRISCILA DE SOUSA LEAL

CPF: 600.170.043-57

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 05/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PRISCILA DE SOUSA LEAL

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PRISCILA DE SOUSA LEAL : 600.170.043-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 05/02/2020
Nome: PRISCILA DE SOUSA LEAL
CPF: 600.170.043-57

PRISCILA DE SOUSA LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2020
Nome: PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL
CPF: 059.344.647-01

PATRICIA MARIA FERREIRA GENTIL