

---

**Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152032**

**Vítima: VANDA MOURA GONCALVES**

**Data do Acidente: 29/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES**

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, 29 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152032**

**Vítima: VANDA MOURA GONCALVES**

**Data do Acidente: 29/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES**

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152032

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES**

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\$ 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: VANDA MOURA GONCALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000915

Conta: 0000009573-3

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200152032**

**Vítima: VANDA MOURA GONCALVES**

**Data do Acidente: 29/12/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES**

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, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200152032

Vítima: VANDA MOURA GONCALVES

Data do Acidente: 29/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VANDA MOURA GONCALVES**

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\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%

Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 = R\$ 168,75

Recebedor: VANDA MOURA GONCALVES

Valor: R\$ 168,75

Banco: 104

Agência: 000000915

Conta: 0000009573-3

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# 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: 261.105.518-13 4 - Nome completo da vítima: VANDA MOURA GONÇALVES

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

5 - Nome completo: VANDA MOURA GONÇALVES 6 - CPF: 261.105.518-13  
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ALDEIA PONTA DA VARZEA 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUIQUE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55520-000  
15 - E-mail: ADMARTAANDRADE@BOL.COM.BR 16 - Tel. (DDD): (87) 9.9939-8605

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ 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) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0915 CONTA: 9573 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (vairasor)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, 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

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: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura de quem assina a pedido 18 FEV 2020

39 - 2ª Nome:

CPF: PROTOCOLO

Assinatura de quem assina a pedido AGÊNCIA RECIFE

40 - Local e Data, BUIQUE-PE 29 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# 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: 261.105.518-13 4 - Nome completo da vítima: VANDA MOURA GONÇALVES

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

5 - Nome completo: VANDA MOURA GONÇALVES 6 - CPF: 261.105.518-13  
7 - Profissão: AGRICULTORA 8 - Endereço: ALDEIA PONTA DA VARZEA 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUIQUE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55520-000  
15 - E-mail: ADMARTAANDRADE@BOL.COM.BR 16 - Tel. (DDD): (87) 9.9939-8605

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\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ 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: 0915 CONTA: 9573 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: CONTA:

(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 (vairasor)? ☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, 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

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: COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura de quem assina a pedido 18 FEV 2020

39 - 2ª Nome:

CPF: PROTOCOLO

Assinatura de quem assina a pedido

40 - Local e Data, BUIQUE-PE 29 DE JANEIRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☒ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº da sinistral ou ASL:

3 - CPF da vítima:

261.105.518-13

4 - Nome completo da vítima:

VANIA MOURA GONÇALVES

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

5 - Nome completo:

VANIA MOURA GONÇALVES

6 - CPF:

261.105.518-13

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

SITIO RIACHINHO

9 - Número:

192

10 - Complemento:

V

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUIQUE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.520-000

15 - E-mail:

11

16 - Tel.(DDD):

(81) 99996-7907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (preencher para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (bancos de terceiros)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0915

CONTA: 09573

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir) 013 (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 autorizadas, 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separação 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(s) (vivo(s))?

☐ 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 devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

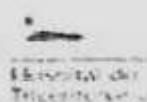
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BUIQUE 10 ABRIL 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>		Ficha nº: <u>09</u>
Sexo: <u>F</u>		Data: <u>29/12/19</u>
Idade: <u>42</u>	Cor: <u>Parda</u>	Hora: <u>08:30</u>
Data de nascimento: <u>22/11/76</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>	CPF: <u>000.000.000-00</u>
Profissão: <u>Desenvolvedora</u>	Tel.: <u>82733073</u>	RG: <u>56530000</u>
Endereço: <u>Av. ...</u>		CEP: <u>55000-000</u>
Bairro: <u>...</u>	Município: <u>...</u>	Nº: <u>...</u>
Naturalidade: <u>...</u>	CNS: <u>3008089 55555589</u>	
Escolaridade: Analfabeto: <input type="checkbox"/> 1º Grau: <input type="checkbox"/> 2º Grau: <input type="checkbox"/> Superior: <input type="checkbox"/>		
Filiação: <u>Rogério Antônio de ...</u>	Tel.: <u>82733073</u>	
Acompanhante: <u>...</u>		Resp. pelo preenchimento: <u>...</u>
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/>	Andando <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>
Ambulância <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/>	Senha: <u>...</u>	UPA <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/>
Moto <input type="checkbox"/> Outros: <u>...</u>		Outros <input type="checkbox"/>
PA: <u>...</u>	HGT: <u>...</u>	TEMP: <u>...</u>
FR: <u>...</u>	Peso: <u>...</u>	FC: <u>...</u>
Alérgico: <u>...</u>		SATO2: <u>...</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>...</u>		
Uso de Medicamentos: <u>...</u>		
Situação/Queixa Principal: <u>...</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar	<input type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Vômitos	<input type="checkbox"/> Confusão Mental	<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião
<input type="checkbox"/> Fraqueza	<input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais	<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Pediatra
<input type="checkbox"/> Cefaléia	<input type="checkbox"/> Paraestesia e/ou paralisia	<input type="checkbox"/> Serviço Social
<input type="checkbox"/> Tontura	<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Outros: <u>...</u>
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Dor local	
<input type="checkbox"/> Desmaio	<input type="checkbox"/> Queixa urinária	
<input type="checkbox"/> Sangramento	<input type="checkbox"/> Outras Queixas: <u>...</u>	
CLASSIFICAÇÃO		
		<input type="checkbox"/> Vermelho
		<input checked="" type="checkbox"/> Amarelo
		<input type="checkbox"/> Verde
		<input type="checkbox"/> Azul
		Assinatura do Enfermeiro: <u>...</u>
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>...</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>...</u>		
3 - Exames Solicitados: <u>...</u>		

Assinatura e Identificação do Médico





[illegible]

# 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: 14/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDA MOURA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000009573-3

---

Nr. da Autenticação DB1FB94AEB844693

# 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: 28/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 168,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDA MOURA GONCALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00915

CONTA: 000000009573-3

---

Nr. da Autenticação 962D780E5011A3C5







## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Gelfesson Monteiro de Santana  
RG nº 9359353, data de expedição 08/12/2011  
Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 119.152.124-09  
com domicílio na cidade de Buquique, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
na Sítio Boa Fenda, Zona Rural, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Vanda Maria Gonçalves, cujo o condutor era  
Gelfesson Monteiro de Santana.  
Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / CG 160 + HON Ano: 2016  
Placa: PDM 6685 Chassi: 9.C2Kc2210GR044995  
Data do Acidente: 29/12/2019

Local e Data: Buquique 30/01/2020

Gelfesson Monteiro de Santana

Assinatura do Declarante

Gelfesson Monteiro de Santana

Assinatura do Condutor

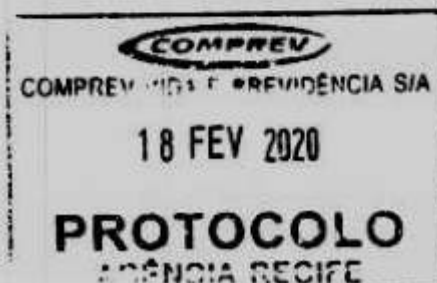
( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

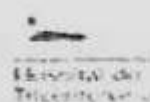
CARTÓRIO  
UNICO DA COMARCA DE  
BUQUIQUE - PE

Travessa Tancredo Neves, 375 - Centro - Fone: (87) 3655-1147  
Heloísa Saraiva Cadeira - Tabelião Oficial

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 (uma) de:  
(1) GELFESSON MONTEIRO DE SANTANA  
Dout. fe. Buquique, 30/01/2020  
Em Testemunha da verdade  
HIAGO MARQUES DE OLIVEIRA MELO - ESCRIVENTE  
AUTORIZADO  
Selo(s): 0150649.PYU01202002.00184

Consulte a autenticidade em [www.tpe.jus.br/validar](http://www.tpe.jus.br/validar)





# FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>		Ficha nº: <u>09</u>
Sexo: <u>F</u>		Data: <u>29/12/19</u>
Idade: <u>42</u>	Cor: <u>Parda</u>	Hora: <u>08:30</u>
Data de nascimento: <u>22/11/76</u>	Estado Civil: <u>solteira</u>	CPF: <u>000.000.000-00</u>
Profissão: <u>Desenvolvedora</u>	Tel.: <u>82733073</u>	RG: <u>56530000</u>
Endereço: <u>Medina Ponte de Varzea</u>		CEP: <u>56530000</u>
Bairro: <u>20ma Parada</u>	Município: <u>Recife</u>	Nº: <u>000.000.000</u>
Naturalidade: <u>Recife</u>	CNS: <u>300.8089.5555.5555</u>	
Escolaridade: Analfabeto: <input type="checkbox"/> 1º Grau: <input type="checkbox"/> 2º Grau: <input type="checkbox"/> Superior: <input type="checkbox"/>		
Filiação: <u>Rogério Antônio de Oliveira</u>	Tel.: <u>82733073</u>	
Mãe: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>		
Acompanhante: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro <input type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/>	Andando <input type="checkbox"/> Maca <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/>	Hospital <input type="checkbox"/>
Ambulância <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/>	Senha: <u>000.000.000</u>	UPA <input type="checkbox"/> PSF <input type="checkbox"/>
Moto <input type="checkbox"/> Outros: <u>000.000.000</u>		Outros <input type="checkbox"/>
PA: <u>000.000.000</u>	HGT: <u>000.000.000</u>	TEMP: <u>000.000.000</u>
FR: <u>000.000.000</u>	Peso: <u>000.000.000</u>	FC: <u>000.000.000</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares:		SATO2: <u>000.000.000</u>
Uso de Medicamentos:		
Situação/Queixa Principal: <u>Prontidão cirúrgica em NED</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
CLASSIFICAÇÃO		
<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Dificuldade de Respirar		<input type="checkbox"/> Clínico Geral
<input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Confusão Mental		<input checked="" type="checkbox"/> Cirurgião
<input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Distúrbios Visuais		<input type="checkbox"/> Ortopedista
<input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Taquicardia		<input type="checkbox"/> Pediatra
<input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Paraestesia e/ou paralisia		<input type="checkbox"/> Serviço Social
<input type="checkbox"/> Tontura <input type="checkbox"/> Tosse		<input type="checkbox"/> Outros: <u>000.000.000</u>
<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Dor local		
<input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Queixa urinária		
<input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Outras Queixas: <u>000.000.000</u>		
Assinatura do Enfermeiro: <u>Vanessa Moura Gonçalves</u>		
DESCRÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA): <u>Vanessa Moura Gonçalves. Relato queixas.</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>For. cirúrgica, indistinta de câncer, Gargalho II.</u>		
<u>Alguns exames, exames de imagem, exames.</u>		
<u>HR, MVE, etc.</u>		
<u>Intake expetada em MKM.</u>		
3 - Exames Solicitados:		

Assinatura e Identificação do Médico

COMPREV  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
18 FEV 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

[illegible]



Hospital Regional Rui de Barros Correia

VI GERES

Av. Agamenon Magalhães, s/n - Centro

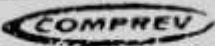
Arcoverde/PE - Fone 87 3821 8300

email: regional.arcoverde@saude.pe.gov.br

CNPJ: 09.794.975/0132-72- CNES 2551764

HOSPITAL DE DESTINO:	H.R. Agreste.
SENHA DE REGULAÇÃO:	58483110
MÉDICO REGULADOR:	Dra. Carolina
DATA DA RESERVA:	29/12/19.
HORA DA RESERVA:	7h
Médico Assistente CRM	

### LAUDO MÉDICO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM:	Hospital Regional Rui de Barros - VIª GERES		
UNIDADE DE DESTINO:	H R Agreste.		
MUNICÍPIO:			
NOME DO PACIENTE:	Vanila Maria Gonsalves		
CPF	RG	DATA NASCIMENTO	SEXO
	33236045.3	12/Nov/1946.	Fem.
<b>HISTÓRIA CLÍNICA</b>			
Colisão Motocicleta/Veículo. Estável, insensibilizada, PA 100x60, sem sangramento ativo, Gargam 15, Sat 98AA.			
Apresenta lesão exposta tíbia e fíbula Dir; conf radiográfica.			
Condução inicial: Analgesia + Imobilização			
Exames realizados: Radiografia (Dupla) / Não disponível importante!			
Diagnóstico Principal: Fratura tíbia/fíbula Dir.			
Outros Diagnósticos: Rotura			
Motivo da Transferência: Avaliação Traumatológica.			
Data da transferência:	29/12/19		
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A 18 FEV 2020		Médico assistente CRM	
<b>PROTOCOLO</b> AGÊNCIA RECIFE			



**COMPREV**

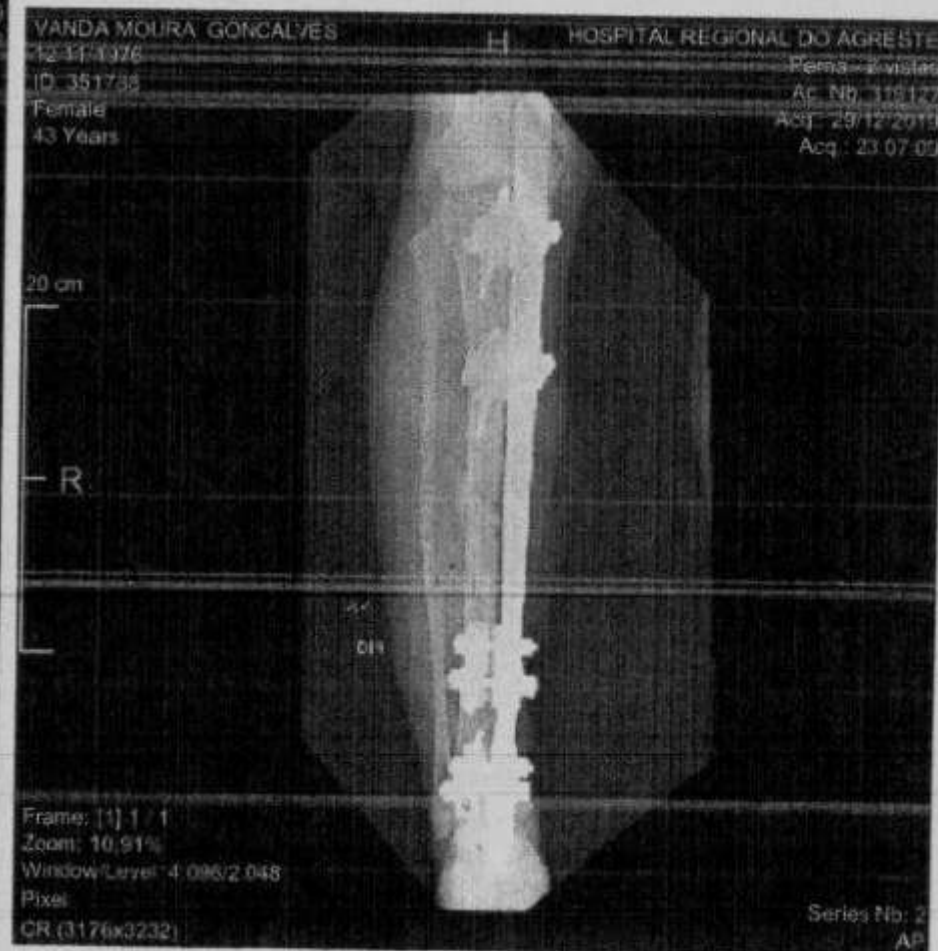
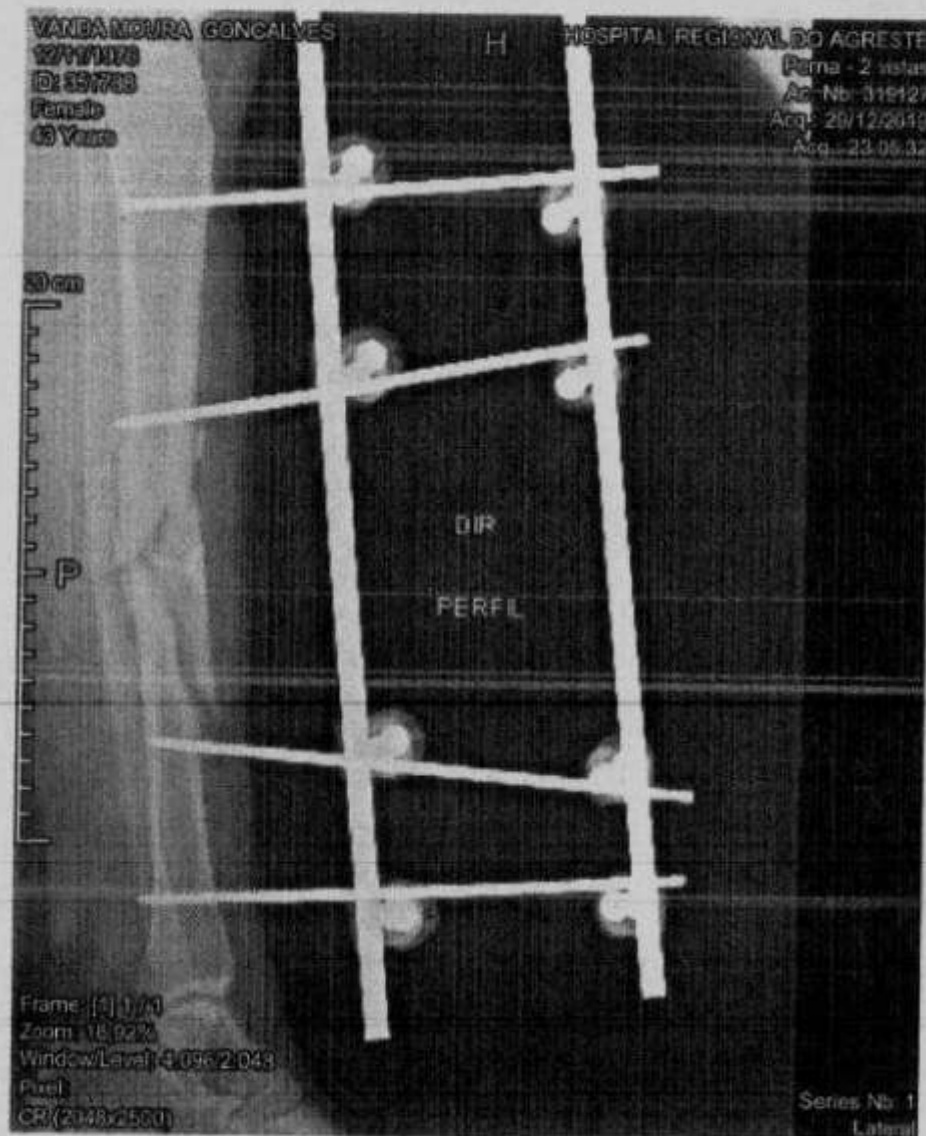
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A

18 FEV 2020

**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

2019122909 VANDA MOURA GONCALVES F  
29.12.2019  
HOSPITAL REGIONAL RUY DE BARROS - HTRI

L05



**COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
18 FEV 2020  
**PROTOCOLO**  
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014357521927  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO COD. RE. B. A. N. C. INTER. EXERCÍCIO  
1 1007552000 2019

GELFESSON MONTEIRO DE SANTANA

BUIQUE - PE

114.132.146-08

PLACA ANT. 114.132.146-08

2AS MOTOCICLETAS

HONDA/CG 160 TITAN EX

22/10/2016

IPVA 2016 QUITADO

10.11

SEM RESERVA

Roberto Carlos

BUIQUE - PE

Roberto Carlos

Roberto Carlos

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OLAPRAVA, CARGA, A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NAU, SEGURO DPVAT

PE Nº 014357521927 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GELFESSON MONTEIRO DE SANTANA

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

www.seguradora lider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

BUIQUE - PE

114.132.146-08

007640575

2016

IPVA 2016

10.11

SEM RESERVA

Roberto Carlos

BUIQUE - PE

Roberto Carlos

Roberto Carlos

PRÊMIO TARIFARIO

50.05

4.01

40.05

4.15

0.32

34.58

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.886/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

COMPREV  
COMPREV - CDA E PREVIDÊNCIA S/A  
18 FEV 2020  
PROTOCOLO  
AGÊNCIA RECIFE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200081892 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG. 2\_LAUDO MÉDICO / PÁG. 5\_EXAME DE IMAGEM.

NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO QUE, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, E APRESENTAR AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;

- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152032

**Cidade:** Buíque

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

**Data do acidente:** 29/12/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia e fíbula à direita.

**Descrição do exame físico:** Vítima com queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame: Deambula com auxílio de muletas, marcha claudicante, edema e redução da amplitude de movimento do tornozelo direito

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixador externo seguido de imobilização gessada por 60 dias e fisioterapia, da qual recebeu alta há 2 meses.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito em grau severo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 28/04/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

**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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066124/20

**Número do Sinistro:** 3200081892

**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

**CPF:** 261.105.518-13

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VANDA MOURA GONCALVES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13**

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](http://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: 09/04/2020  
Nome: VANDA MOURA GONCALVES  
CPF: 261.105.518-13

VANDA MOURA GONCALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2020  
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo  
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0118364/20

**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

**CPF:** 261.105.518-13

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VANDA MOURA GONCALVES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13**

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](http://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: 20/04/2020  
Nome: VANDA MOURA GONCALVES  
CPF: 261.105.518-13

VANDA MOURA GONCALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066124/20

**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

**CPF:** 261.105.518-13

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/12/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VANDA MOURA GONCALVES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**VANDA MOURA GONCALVES : 261.105.518-13**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 18/02/2020  
Nome: VANDA MOURA GONCALVES  
CPF: 261.105.518-13

VANDA MOURA GONCALVES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020  
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA  
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152032

**Cidade:** Buíque

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES

**Data do acidente:** 29/12/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta da tíbia e fíbula à direita.

**Descrição do exame físico:** Vítima com queixa de dor em tornozelo direito. Ao exame: Deambula com auxílio de muletas, marcha claudicante, edema e redução da amplitude de movimento do tornozelo direito

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese com fixador externo seguido de imobilização gessada por 60 dias e fisioterapia, da qual recebeu alta há 2 meses.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito em grau severo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/07/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 28/04/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

**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 tornozelo	25 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
Total			1,25 %	R\$ 168,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200152032 **Cidade:** Buíque **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VANDA MOURA GONCALVES **Data do acidente:** 29/12/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 27/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50