
Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Carta nº 12941406

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Data Acidente: 02/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Carta nº 12963122

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Data Acidente: 02/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2018

Carta nº: 13553257

A/C: VALDEMIR PAIVA DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180180449
Vítima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Data do Acidente: 02/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VALDEMIR PAIVA DE MENEZES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 00000103623-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Nº Sinistro: 3180180449
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Data do Acidente: 02/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180180449**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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

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

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

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Nº Sinistro: **3180180449**

Vitima: **MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES**

Data do Acidente: **02/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAIMUNDO NONATO SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180180449**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12701131



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro: 3180180449

Vítima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Data do Acidente: 02/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180180449** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Carta nº 12908438

A/C: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180180449 ASL-0141007/18
Vitima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Data Acidente: 02/08/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **GENTE SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

02 MAI 2018

Thom

SEGURODPVAT S/A
Av. Capitão João Bezerra, 434 - Boa Vista - RR

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

060.203.202.43

Nome completo da vítima

Maria Lucia dos S. menozes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA Lucia dos santos menozes		CPF titular da conta 060.203.202.43	Profissão RECUSOU
Endereço RUA MANAUS		Número 474	Complemento CASA
Bairro NOVA CIDADE	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69316184
Email monatoSilva638@gmail.com		Telefone (DDD) 951991144021	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Banco do BRASIL NRO. 001	
CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 0250 D/V X CONTA NRO. 103623 D/V 8 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BOA VISTA RR de maio de 18

Local e Data

Maria Lucia dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário *menozes*

Valeclemir Paiva de menozes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIA LUCIA DOS S. MENEZES

CPF da Vítima

060.203.202-43

Data do Acidente

02/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

WALDEMIR PAIVA DE MENEZES

CPF do Representante legal

144.663.502-30

Email

Telefone (DDD)

95 991144021

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

B.V. 17 de Abril de 18
Local e Data

Maria Lucia dos Santos Menezes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Waldemir Paiva de Menezes
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3180180449
Nome do(a) Examinado(a):	MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA MANAUS 438 NOVA CIDADE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	060.203.202-43
Data e local do acidente:	02/08/2017-BOA VISTA-RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 25/05/2018

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO BICICLETA/MOTO COM TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO +ULNA DISTAL+ LESÃO CORTO/CONTUSA MIE

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

VITIMA FEZ SUTURA EM MIE + IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 02 MESES EM MSE; NÃO FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM JANEIRO/2018

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

NO MOMENTO OBSERVO CICATRIZ EM JOELHO ESQUERDO SEM ALTERAÇÃO FUNCIONAL DA ARTICULAÇÃO /// MSE: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO ESQUERDO COM LEVE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO/DESVIOS + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MUSCULAR + COMPROMETIMENTO DA APREENSÃO

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

(X) SIM () NÃO

V) Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela): PUNHO ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII) .* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180180449 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCIA DOS SANTOS MENEZES **Data do acidente:** 02/08/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO, ULNA DISTAL, LESÃO CORTO CONTUSA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: CICATRIZ EM JOELHO ESQUERDO SEM LIMITAÇÃO FUNCIONAL

PUNHO ESQUERDO: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA EM PUNHO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA FLEXÃO, EXTENSÃO, DESVIO RADIAL E ULNAR, DEFICIT DE FORÇA E COMPROMETIMENTO DA PREENSÃO PALMAR

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU TRAUMA NO ANTEBRAÇO ESQUERDO COM FRATURA/LUXAÇÃO DO RADIO, ULNA DISTAL, LESÃO CORTO CONTUSA MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR SUTURA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, IMOBILIZAÇÃO GESSADA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL EM PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/05/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM ANÁLISE DO MÉDICO EXAMINADOR A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU INTENSO EM PUNHO ESQUERDO

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Juliana Amendola A Bianchi

CRM do médico: 52.84127-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Juliana Amendola A Bianchi