

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ALDENORA LAURENTINA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180034528**
Vitima: **MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **22/10/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180034528**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**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

Sinistro: **3180034528**
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS**
Endereço do(a) Examinado(a): **LOT TERRA JOSE AGRIPINO nº 79 - CENTRO - CACHOEIRINHA/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data e local do acidente: **22/10/2017 CACHOEIRINHA/PE**
Data e local do exame: **23/03/2018 GARANHUNS/PE**

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura de diáfise de tibia direita.

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

Tratamento conservador com imobilização gessada por 40 dias, há 5 meses, sem complicações. Realizou fisioterapia tendo alta no final de dezembro de 2017.

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

Exame físico normal, refere dor discreta ao deambular.

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☐ SIM ☒ NÃO

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

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

☐ Vítima em tratamento

☒ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%


Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: DANIEL HENRIQUE GALVAO FERREIRA CRM:13.735 - PE/PE


DR. DANIEL GALVÃO
Médico da Trabalho
CRM - 13735
CPE - 889.673.804-16

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ALDENORA LAURENTINA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180034528**

Vitima: **MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **22/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180034528**.

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 12285312



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: ALDENORA LAURENTINA DA SILVA

Sinistro: 3180034528
Vítima: MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS
Data do Acidente: 22/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180034528** 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

Maria Estany Laurentina dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<i>Aldenora Laurentina da Silva</i>	CPF titular da conta	<i>091.062.994/31</i>	Profissão	<i>Recusou-se</i>		
Endereço	<i>Lo. Terra Jose Agripino</i>		Número	<i>79</i>	Complemento	<i>- x -</i>	
Bairro	<i>Lo. Terra Jose Agripino</i>	Cidade	<i>Pachoeirinha</i>	Estado	<i>PE</i>	CEP	<i>55380-000</i>
Email	<i>(011) 2.8955-7222</i>			Telefone (DDD)	<i>(11) 9.9928-6730</i>		

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA

NRO.

2170

D/V

CONTA

NRO.

31809

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

08.802.494/0001-71

NRO

AGÊNCIA

NRO.

08.802.494/0001-71

D/V

08.802.494/0001-71

(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO.

08.802.494/0001-71

D/V

08.802.494/0001-71

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a abertura da conta 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.

Pachoeirinha 03 de Janeiro de 2018

Local e Data

12 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 140 - SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP- 50.060-010

PRIMEIRA

Aldenora Laurentina da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

265-677547324-2

22/SET/2017

HORA DE 09:48:51

LOT 15.003097-5

TERM 017592

LOCALIDADE: LAJEDO

AG. VINCULADA: 2170

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

2170.00031809-7

NOME: ALDENORA LAURENTINA DA SI

95.802.494/0001-7
TRAÇÃO CORRETOKA
DE SEGUROS LTDA

12 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIBO DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034528 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180034528 **Cidade:** Cachoeirinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ESLÂNY LAURENTINA DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/10/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de diáfise de tíbia direita.

Descrição do exame médico pericial: sem sequelas

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização gessada por 40 dias, há 5 meses, sem complicações. Realizou fisioterapia tendo alta no final de dezembro de 2017.
Exame físico normal, refere dor discreta ao deambular.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 23/03/2018

Conduta mantida:

Observações: NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO. REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico examinador: DANIEL HENRIQUE GALVAO FERREIRA

CRM do médico: 13.735 - PE

UF do CRM do médico: PE

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: