

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA IVANI FLURINDO**

Nº Sinistro: **3180109483**

Vitima: **MARIA IVANI FLURINDO**

Data do Acidente: **14/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180109483**.

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 12489449



**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: **3180109483**  
Nome do(a) Examinado(a): **MARIA IVANI FLURINDO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA RAIMUNDO RAMOS nº 2 - DT SAO GONCALO - CROATA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2007520266-7 - SSP**  
Data e local do acidente: **14/10/2017 SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**  
Data e local do exame: **15/03/2018 FORTALEZA/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DISTAL DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA**

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

**TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES COM OSTEOSINTESE BIOSSEA; EVOLUIU COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DEVIDAMENTE REVERTIDO**

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

**EDEMA DISTAL DA PERNA ESQUERDA, LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO E LEVE DA INVERSÃO DO PÉ; CLAUDICAÇÃO LEVE NO MEMBRO;**

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:

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

**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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

☐ 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: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM:52.53331-5 /RJ**

  
Dr. Armando Sousa de Araújo  
Médico Perito  
CRM-RJ 52.5333-15  
Cadastro Nacional

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

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 <u>161.953-29304</u>	Nome completo da vítima <u>Maria Ivoni Flurindo</u>
---------------------------	---------------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Maria Ivoni Flurindo</u>		CPF titular da conta	Profissão <u>Recurso</u>
Endereço <u>Rua Raimundo Romes</u>		Número <u>2</u>	Complemento
Bairro <u>Dist S. Gonzalo</u>	Cidade <u>Emata</u>	Estado <u>ce</u>	CER <u>62640-000</u>
Email			Telefone (DDD) <u>85991330940</u>

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome <u>Banco BRASIL</u> NRO <u>001</u> AGÊNCIA NRO <u>2622</u> D/V <u>0</u> CONTA NRO <u>5840</u> D/V <u>8</u> (Informar dígito se existir) (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.

Emata 28 de 02 de 2018  
Local e Data

**RECEBEMOS**

08 MAR 2018

Maria Ivoni Flurindo  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Maria Geomedeia F. Nobre  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



**RECEBEMOS**

08 MAR 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

# 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: 19/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MARIA IVANI FLURINDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02622-0

CONTA: 000000005840-8

---

Nr. da Autenticação 1A46B343A7390FF6

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180109483 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA IVANI FLURINDO **Data do acidente:** 14/10/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DAS LESÕES COM OSTEOSINTESE BIOSSEA. EVOLUIU COM TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, DEVIDAMENTE REVERTIDO.  
EDEMA DISTAL DA PERNA ESQUERDA, LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXOEXTENSÃO DO TORNOZELO E LEVE DA INVERSÃO DO PÉ, CLAUDICAÇÃO LEVE NO MEMBRO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Médico examinador:** ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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

## 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:**

