

---

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**



**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 CIRÚRGICO DAS LESÕES COM OSTEOINTESSE 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



## 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

161.953-29304

Nome completo da vítima

Maria Ivoni Flurino lo

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Ivoni Flurino lo		Relevo
Endereço	Número	Complemento
Rua: Rui Meendo Romes	2	-
Bairro	Estado	CEP
Dist S. Gonsalo	ee	62640-000
Email	Telefone (DDD)	
	85 991330940	

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        |

#### CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO

BANCO BRASIL 001

AGÊNCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

2622

0

5840

8

(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.

Porto Velho 28 de 02 de 2018

RECEBEMOS  
08 MAR 2019

Maria Ivoni Flurino lo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante  
Seguradora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



**RECEBEMOS**

08 MAR 2013

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: 00000005840-8

---

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 CIRÚRGICO 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**