

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200382447**

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

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\$ 6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

Recebedor: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000032184290-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data do Acidente: 06/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 26/11/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 16344518

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

Sequelas permanentes: Déficit neurológico moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

**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: **3200382447**

Nome do(a) Examinado(a): **ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Joaquim Nabuco, 41, , Santa Cruz do Capibaribe/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP PE / 10582834**

Data e local do acidente: **06/03/2020 - Monteiro/PB**

Data e local do exame: **05/11/2020 - Caruaru/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.27084 , longitude: -35.978**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

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

tratamento cirúrgico com craniotomia, estando em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

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

Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

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

Sim

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

Sim

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

dano neurológico comportamental, crises convulsivas e anosmia

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 (*)

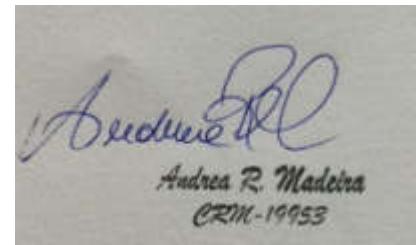
() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (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 ás regiões corporais acometidas.

Dano cognitivo-comportamental alienante - Médio - 50%

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



Andrea R. Madeira
CRM-19953

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou A.S.E:

3 - CPF da vítima:

109.992.204-62

4 - Nome completo da vítima:

Ane Clara Fernandes Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ane Clara Fernandes Santos

6 - CPF:

109.992.204-62

7 - Profissão:

Rec. SNT

8 - Endereço:

Rua Pequena na Vila

9 - Número:

471 Casa

11 - Bairro:

São Cristóvão

12 - Cidade:

Santo Cruz dos Lopes/PE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55195-009

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81.99200-1928

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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R 1.00 A R 1.000,00
 R 1.001,00 ATÉ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AVISA UN 260

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 32184290

5

(Informar o dígito se excluir)

(Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a crediar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetuação 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 da 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 Lider 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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou Sim Não

residuário (vivendo): Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim Não

pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 200 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Santo Cruz dos Lopes/PE - 23/10/2020

Ane Clara Fernandes Santos

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE POLICIA DE

Rua Maria Salete de Almeida Nunes, nº 67 - Centro - MONTEIRO - PB - 58600-000 - (83) 3351-2147

OCORRÊNCIA N° 000484/20

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000484/20 registrada em 21/10/2020, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e um dias do mês de outubro do ano de 2020, nesta cidade de MONTEIRO - PB, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE POLICIA DE MONTEIRO/PB, quando encontrava-se presente o Bel. GILSON DUARTE ROSAS FILHO, Delegado de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 15:03 horas, compareceu a Sra. ANA CLARA FERNANDES SANTOS, com 18 anos de idade, filha de JOSÉ JAIRO FERNANDES DE LAGOS e JEANE SANTOS SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, Solteira, escolaridade Médio Incompleto, profissão ESTUDANTE, portadora da Cédula de Identidade N° 10582834, expedido pela SSP-PE, com C.P.F. de N° 10999220462, residindo à rua JOAQUIM NABUCO, N° 41, bairro SÃO CRISTOVÃO, na cidade de SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE, celular 81-99300.3883.

Declarou que:

Informa a declarante que no dia 06/03/2020 por volta das 11:45 horas, estava como garupa em uma motocicleta Honda/Biz que estava sendo conduzida por seu namorado de nome FAGNER; Quando transitava na BR-412, nas proximidades da clínica de Dr. Wanderley nesta cidade, um motociclista colidiu na motocicleta conduzida por FAGNER o qual perdeu o controle da motocicleta e caiu na pista de rolamento; Que devido a queda da moto a declarante que na época era menor de idade, sofreu uma lesão gravíssima na cabeça por não estar fazendo uso de capacete; Que foi socorrida pelo SAMU de Monteiro para o Hospital Regional Santa Filomena onde foi atendida e posteriormente foi encaminhada para o Hospital de Traumas de Campina Grande/PB; Que deu entrada no Trauma no mesmo dia 06/03/2020 por volta das 18:36 horas, tendo ficado internada com diagnóstico inicial de "Politrauma" e foi submetida a uma cirurgia no dia 07/03/2020 com diagnóstico pré-operatório "CONTUSÃO CEREBRAL" e TCE Moderado, ao todo passou quatorze dias de internação, sendo dez dias de UTI; Que a motocicleta envolvida no acidente é da marca Honda/Biz 125 ES, de cor vermelha, placa PEZ-9208/PE, ano/mod. 2011/2011, chassi 9C2JC4820BR259167, licenciada em nome de Maria Verônica Ferreira dos Santos; Que registra esta ocorrência para requerer o Seguro DPVAT. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme. expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FE.

MONTEIRO - PB, Quarta-feira, 21 de Outubro de 2020

Ana Clara Fernandes Santos
ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Declarante



Lidio Bezerra de Freitas
LIDIO BEZERRA DE FREITAS

Escrivão

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou A.S.E:

3 - CPF da vítima:

109.992.204-62

4 - Nome completo da vítima:

Ane Clara Fernandes Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ane Clara Fernandes Santos

6 - CPF:

109.992.204-62

7 - Profissão:

Rec. SNT

8 - Endereço:

Rua Pequena na Vila

9 - Número:

471 Casa

11 - Bairro:

São Cristóvão

12 - Cidade:

Santo Cruz dos Lopes/PE

13 - Estado:

14 - CEP:

55195-009

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81.99200-1928

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
 SEM RENDA

R 1.00 A R 1.000,00
 R 1.001,00 ATÉ 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 (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito de excluir)

(Informar o dígito de excluir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AVISA UN 260

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 32184290

5

(Informar o dígito de excluir)

(Informar o dígito de excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a crediar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetuação 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 da 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 Lider 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 Sim
Leve filhos? Não

29 - Se tinha filhos, informar
Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou
residuo (ainda viva)?

Sim

Não

31 - Vítima Sim
teve irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 200 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Santo Cruz dos Lopes/PE - 23/10/2020

Ane Clara Fernandes Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 12/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000032184290-5

Nr. da Autenticação 41A5BEA8583A062C

[] Período de serviço para Via para Pagamento Grupo B nº 1430060421

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111 BOA VISTA.
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP: 50150-002
CNPJ: 20.536.332/0001-06
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 5005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.423, de 28/04/92

COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116

Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 261 0142.

Ouvidoria: 0800 282 5599

Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados

do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167.

Ligação Grátis de Telefones Fixos.

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligação Grátis de telefones fixos e tarifada

na origem para telefones celulares.

DADOS DO CLIENTE ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES	DATA DE VENCIMENTO 14/04/2020	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/04/2020	CONTA CONTRATO 7008475460
ENDERECO RUA ROSENIRIO ALVES ROCHA 3 CENTRO/SANTA CRUZ DO CABIBARIBE -55192-305 SANTA CRUZ DO CABIBARIBE PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/04/2020	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1

PERÍODO CONSUMO 05/03/2020 a 06/04/2020	CONSUMO 36
---------------------------------------------------	----------------------

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 75,00 valor do imposto R\$ 7,17

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	VIA PARA PAGAMENTO
------------------------------	---------------------------

Destaque aqui	CONTA CONTRATO 7008475460	MÊS/ANO 04/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 29,31	VENCIMENTO 14/04/2020	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
----------------------	-------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

338300000004 293100110072 008475460109 144919190039



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 223206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - CONFA, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adriana M. M. Moura de A. Fernandes inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Clara Fernandes Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.992.204-62, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Ana Clara Fernandes Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 109.992.204-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Rosário Abreu de Andrade	Número	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Estado
Email:		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		81-99700-1998	81-99161-3907

Santo Amaro, 23 de Outubro de 2020
do Cordeirinho Local e Data

Adriana M. M. Moura de A. Fernandes

Assinatura do Declarante

SUS

SECRETARIA DE SAÚDE
COMISSÃO DE

FLUXO DE REFERÊNCIA

FLUXO DE REFERÊNCIA

REGISTRO DE VACINAÇÃO
AGÊNCIA REGIONAL SANTA ELIZABETH
MUNICÍPIO
MUNICÍPIO

IDENTIFICAÇÃO

PROFISSÃO

ENDERECO

MUNICÍPIO

ANAMSESE E EXAME CLÍNICO

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

ANO / MES

DIAGNÓSTICO

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Data da Internação: 06/03/2020 Data da Alta: 19/03/2020

Registro: 2122228

Tempo de Permanência: -18328

Diagnóstico Inicial: CONCUSSAO CEREBRAL

Diagnóstico Final:

Principais Exames: TC COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA E CERTO EFEITO DE MASSA.

Cirurgia: DRENAGEM Data:

Equipe:

Cirurgião: SAUL QUINNIO *Paulo Henrique*
 Aux 1: *Yanira*
 Aux 2: *Y*
 Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SUPORTE PARA TCE

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): TCE E ADMITIDO
 SONOLENTO

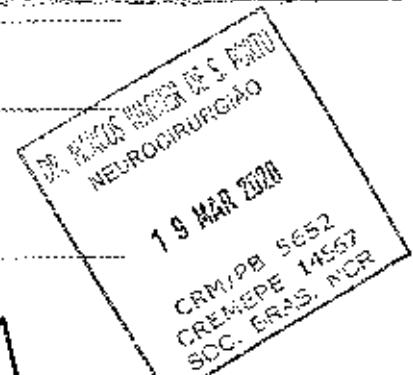
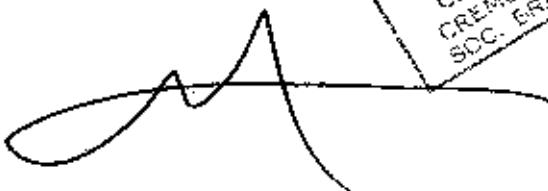
Orientações: REPOUSO DOMICILIAR E CUIDADOS GERAIS. HIGIENE GERAL E BOA
 ALIMENTAÇÃO

Condições de Alta: Melhorado

Data: 19/03/2020

Assinatura/Carimbos
 Marcos Wagner De Sousa Porto

RESPONSÁVEL: Marcus Wagner De Sousa Porto

Paciente

ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Atendimento

27919

Convênio

PARTICULAR

Exame

TC CRÂNIO

Prontuário

03103803

Nome Solicitante

DANIEL DEAN

Dt. Nascimento

16/08/2002

CRM Solicitante

6602

Dt. Exame

16/04/2020

EXAME REALIZADO COM APARELHO MULTISLICE GE (16 DETECTORES)

TÉCNICA: Foram obtidas aquisições volumétricas em aparelho multislice, com posterior reformatações multiplanares, sem a administração de contraste intravenoso.

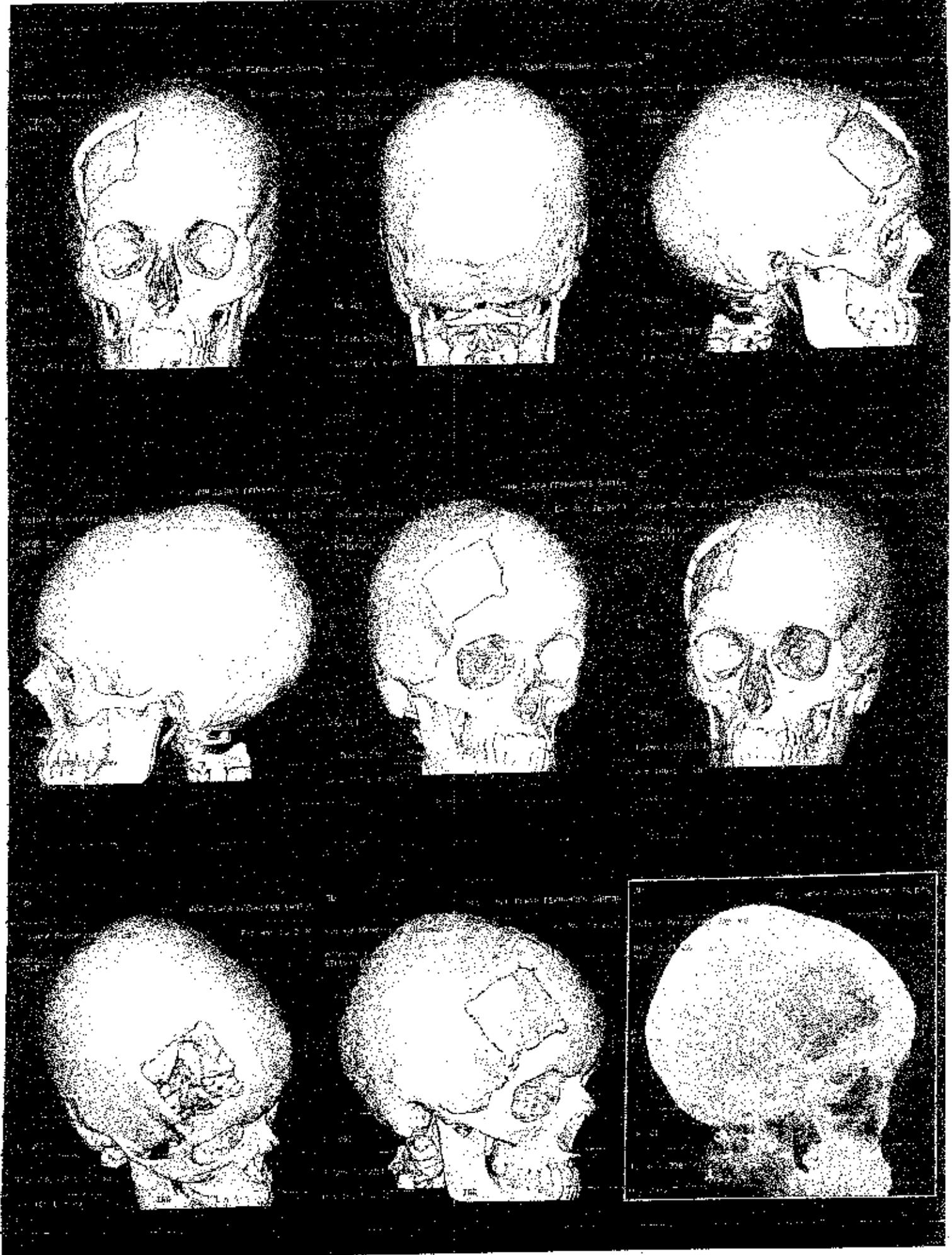
O ESTUDO REVELA:

- Craniotomia frontal à direita.
- Cavidade cirúrgica associada a hipotenução córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo contusão cerebral crônica.
- Núcleos da base e regiões capsulares de aspecto anatômico.
- Não há evidências de hematomas epidurais ou subdurais no presente exame.
- Cavidades ventriculares de morfologia e calibre normais.
- Cisternas, sulcos e fissuras da convexidade sem alterações.
- Tronco cerebral e parênquima cerebelar com coeficiente de atenuação preservados.
- Correlacionar com dados clínicos.

Manoel F. A. Cavalcanti

CENTRO DIAGNÓSTICO MANOEL FLORÊNCIO
Dr. MANOEL FELIPE DE ALMEIDA CAVALCANTI
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
CRM 20994-PE RQE 4454







Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgião
CRM PE 11423



Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgião
CRM PE 11423

MODELO DE ATESTADO MÉDICO PARA FINS DE PERÍCIA

(Elaborado de acordo com a Resolução CFM n.º 1.658/2002, com alterações feitas pela Resolução CFM 1.851/2008)¹

Atesto, para fins de comprovação junto à Perícia Oficial da Previdência Social ou do Poder Judiciário, que examinei o paciente abaixo indicado, cuja identidade foi por mim conferida, nos termos do art. 4º da Resolução CFM n.º 1.658/2002, e constatei que o examinado é portador da(s) patologia(s) relacionada(s) adiante, com as consequências descritas a seguir:

- Nome do(a) paciente: **Ana Clara Fernandes Santos**
➤ Número do documento de identificação (com foto): **RG 10.582.834 SDS/PE**
➤ Diagnóstico: patologias verificadas e respectiva classificação CID 10:
1) **sequela de traumatismo intracraniano (CID S06)**
2) **área de craniectomia frontal direita não corrigida (T81)**
3) **depressão com ideação suicida (F32.3)**
4) **ansiedade comórbida (F41)**
➤ O(A) paciente se submeteu ou apresentou resultados de exames complementares?
() Não
(X) Sim. Quais (descrição breve e resultado)? • **TAC do crânio (CDMF, Manoel Felipe de Almeida Cavalcanti, CRM PE 20994, RQE 4454, em 16/04/20): cavidade cirúrgica associada a hipoatenuação córtico-subcortical do lobo frontal direito, que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo contusão cerebral crônica.**

Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgião
CRM: 11423



Gilberto Vilaça de Menezes

CRM 11423

(Página 1 de 2) 18/11/2020

CEA

Rua Paraná, 99
Maurício de Nassau - Caruaru - PE
(81) 3721-3338

BELO JARDIM - PE
Rua Amélia Soares Paes, 38
Boa Vista - Belo Jardim
(81) 3726-1117

CLINN

Rua Ananias Carlos da Rocha, 31
Sto. Antônio - Santa Cruz do Capibaribe
(81) 3731-3405

➤ Quais as consequências da(s) patologia(s) constatada(s) para a saúde do(a) paciente? Quais as funções ou sentidos dos quais está o(a) paciente privado(a) ou limitado(a) em virtude da(s) patologia(s) verificada(s)?
Bradipsiquismo; área não corrigida de craniectomia frontal direita; depressão grave, com ideação suicida e ansiedade comórbida; disfonia.
➤ A(s) patologia(s) constatada(s) o(a) incapacita(m) para o trabalho?
 Não

Sim. Por quê? **Há risco de lesão encefálica, por exposição relativa do tecido cerebral.**

➤ Em caso de resposta positiva à pergunta anterior, a incapacidade é irreversível?

Sim

Não. Qual o tempo de repouso para a recuperação do(a) paciente, considerando que o mesmo siga o tratamento indicado para a patologia?
Não se aplica.

¹ Art. 1º O atestado médico é parte integrante do ato médico, sendo seu fornecimento direito inalienável do paciente, não podendo importar em qualquer majoração de honorários.

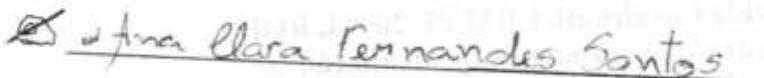
Art. 2º Ao fornecer o atestado, deverá o médico registrar em ficha própria e/ou prontuário médico os dados dos exames e tratamentos realizados, de maneira que possa atender às pesquisas de informações dos médicos peritos das empresas ou dos órgãos públicos da Previdência Social e da Justiça.

Art. 3º (...)

III – registrar os dados de maneira legível;

Informo, por fim, que o fornecimento do presente atestado, com o respectivo diagnóstico, foi solicitado e autorizado pelo próprio paciente ou seu representante legal, conforme assinatura (ou identificação digital) ao final, em obediência ao art. 5º da Resolução CFM n.º 1.658/2002

Santa Cruz do Capibaribe, quarta-feira, 18 de novembro de 2020
Eu, **Ana Clara Fernandes Santos**, autorizo o fornecimento de atestado médico ao Poder Judiciário e ao INSS, com a identificação das patologias constatadas e informações a ela relacionadas.

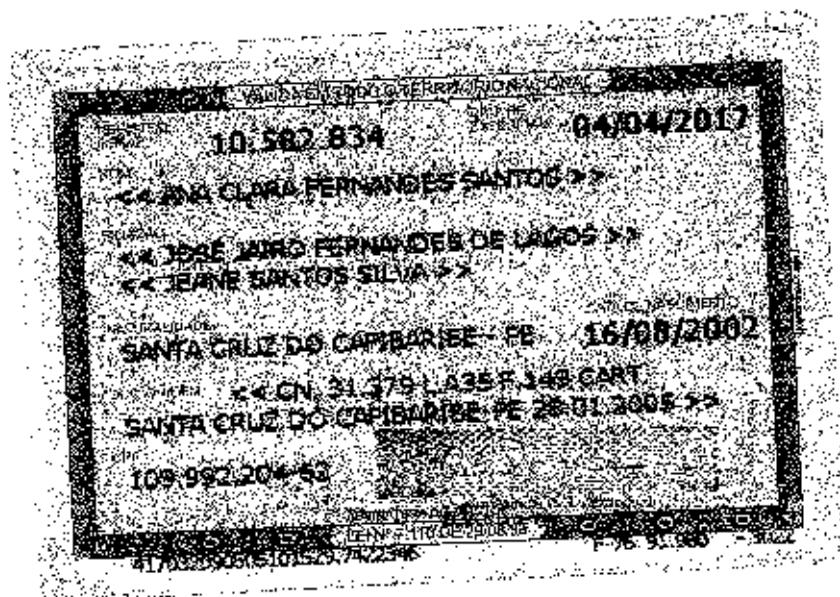


Gilberto Vilaça de Menezes
Neurocirurgião
CRM: 11423



Gilberto Vilaça de Menezes
CRM 11423
(Página 2 de 2) 18/11/2020





...Informações sobre o veículo

Placa: PEZ-9208

Espécie/ Tipo: PAS / MOTONETA

Marca/ Modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 2 / 0 / 124

Cor predominante: VERMELHA

Chassi: 9C2JC4820BR259167

Combustível: ALCO/GASOL

Ano fabricação/ Ano modelo: 2011

Categoria: PARTIC

Parcelamento/ Cotas: 3 X 0,00

Observações

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

卷之三

IS 9170413130

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CERTIFICADO DE REGISTRO E LACENAGEM DE VEÍCULO**

112

卷之三

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

CPF: 109.992.204-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANA CLARA FERNANDES SANTOS : 109.992.204-62

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 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: 26/10/2020
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/10/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANALIA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prazos): Capital e regiões metropolitanas: 0800-13296 / Outras regiões: 0800-0221204 / Das 8h às 20h
 SAC (para dívidas e reclamações): 0800-0228283 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-0221206
 Canal de Denúncia: 0800-9512563 | Devidoria: 0800-0219135

Número do pedido DPVAT: **3200382447**

Nome do beneficiário: **ANA CLARA FERNANDES SANTOS**

Nome do solicitante:

Data da solicitação: **20/11/2020**

PD/NM/AB

CPF do beneficiário: **109.992.**

904-62

CPF do solicitante:

Tel. Celular: **(81) 1997001998**

ddd

Tel. Comercial: (**800**)

ddd

Tel. Residencial: (**805**)

E-mail:

INFORME A COOPERATIVA DO SEU PESSOAL

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

DESEJA PRESENTAMENTE UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPROVAR O PRAZO DE REANALISE?

NÃO

SIM, informo que os documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo de IML

Boletim de Ocorrência

Notas Fiscais complementares

Outros: **Novo médico**

(DESCRIÇÃO)

NO CAMPO DEABAIXO, DESENHE A SUA SÍGNALETA (NÚMERO, SÍMBOLO, ETC.)

SAÚDE PRIM. DO ENTRALHE, 20/11/2020

Local e Data

Ana Clara Fernandes Santos

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entreque no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido da Seguradora Líder.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo crânio encefálico grave com contusão hemorrágica (TC crânio 16.04.2020): hipoatenuação córtico-subcortical lobo frontal direito que se estendem aos giros orbitais e reto, inferindo lesão cerebral crônica.

Descrição do exame físico: Ao exame físico psíquico e neurológico apresenta ausência de movimentos involuntários, ausência de atrofias, ausência de assimetrias, marcha normal, força muscular normal, memória remota normal, atenção normal, linguagem normal, humor anormal, afeto anormal, discurso fluente, percepção normal, pensamento lógico e coerente, impulsividade controlada, dano cognitivo-comportamental alienante.

Resultados terapêuticos: tratamento cirúrgico com craniotomia, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Atualmente em uso de carbamazepina 400 mg e sertralina 100 mg. Mãe refere irritabilidade, crises convulsivas e episódios de agressividade. Vítima queixa de anosmia e cefaleia diária.

Sequelas permanentes: Déficit neurológico moderado.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/11/2020

Conduta mantida:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		Total	50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

* SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

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: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 03, 04, 05 E 06.

* SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200382447 **Cidade:** Monteiro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS **Data do acidente:** 06/03/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM CONTUSÃO HEMORRÁGICA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (CRANIOTOMIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO COM PAGAMENTO E VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR PERÍCIA MÉDICA DE 05/11/2020 EM R\$ 6.750,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DE LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%.

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	<u>Ana Clara Fernandes Santos</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Rec. Informar</u>
IDENTIDADE:	<u>10.582.834.555/96</u> CPF: <u>109.992.204-62</u>
DATA DO ACIDENTE:	<u>06/03/2020</u>
COBERTURA:	<u>Inválida</u>
VITIMA:	<u>Ana Clara Fernandes Santos</u>
ENDEREÇO:	<u>Rua Joaquim Nabuco, 44 - Centro - Santa Cruz do Capibaribe</u> <u>PE-55195-009</u>

OUTORGADO

NOME:	<u>Adriane Maria Moura de A. Fernandes</u>
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>
PROFISSÃO:	<u>Rec. Informar</u>
IDENTIDADE:	<u>4.810.389.589/96</u> CPF: <u>945.234.444-04</u>
ENDEREÇO:	<u>Rua Poáezinho s/nº de Pochia 03 Centro - Santa Cruz do Capibaribe/PE</u>

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIQ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Santa Cruz - PE 27 DE Outubro DE 2020
do Capibaribe

Ana Clara Fernandes Santos
ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303356/20

Número do Sinistro: 3200382447

Vítima: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

CPF: 109.992.204-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/03/2020

Titular do CPF: ANA CLARA FERNANDES SANTOS

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 20/11/2020

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 20/11/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ANNA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos