

Browser tabs: Email - Alana Lima, Controle de docum, Mensagens, Sistema SAJ - C, Sistema SAJ - C, Consulta processo, 0803146-74.2021.8

Address bar: tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=664856&ca=5a0d2af2f0f574e5f4eb47e267265ea1bc36...

Processo Virtual Na... (33) WhatsApp Portal do Advogado Google Zimbra: Movimenta... Publicações Email - Alana Lima... Online Video Cutter...

PJ ProceComCiv 0803146-74.2021.8.18.0140
CLAUDIA MARIA VIEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO D...

14782914 - CONTESTAÇÃO (2784606 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 18/02/2021 08:44:54

18 Feb 2021

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 14782909 - CONTESTAÇÃO
 - 14782914 - CONTESTAÇÃO (2784606 CONTESTACAO 01)
 - 14782915 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 14782922 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 14782928 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 14782934 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

08:44

downloadBinario.seam 1 / 10 100% 2784606- CS/ 2021-00245/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADO ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

PT 08:45 18/02/2021



Número: **0803146-74.2021.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **01/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **SIM**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLAUDIA MARIA VIEIRA (AUTOR)		THANRLEY KELVIN OLIVEIRA BASTOS (ADVOGADO) ITALLO VINICIUS LOPES DE SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14782 915	18/02/2021 08:44	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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:	15/05/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIA MARIA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000048920-0

Nr. da Autenticação B681BB34C4DC3180



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180200442 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI DIREITO
:25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:
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
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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180200442 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLAUDIA MARIA VIEIRA **Data do acidente:** 08/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM EXTENSÃO A SUPERFÍCIE ARTICULAR ESTENDENDO-SE ATÉ A TRANSIÇÃO METADIAFISÁRIA DA TÍBIA PROXIMAL; FRATURA PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 2 DIAS, SENDO SUBSTITUÍDO POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ SESENTA SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO E NA PERNA ESQUERDA, COM REDUÇÃO I NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO, COM DOR AOS ESFORÇOS, COM DÉFICIT DA DEAMBULAÇÃO.

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

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/10/2018

Conduta mantida: Não

Observações: - VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD (VISAQ MEDICA LTDA.) NO VALOR DE R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

Médico examinador: VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA

CRM do médico: 4669

UF do CRM do médico: PI

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: (Dados do beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Claudia Maria Vieira
Nacionalidade: brasileira Estado Civil: casada
Profissão: Do lar C/RGnº: 2.034.746
CPF/MF nº: 006.698.083-69 Residente de domicílio (a): Rua Santo
Anapólis, 2060 Bairro: Boim Rio
Cidade: Teresina Estado do: Piauí CEP: 64075-635
Telefone: (86) 98848-6973

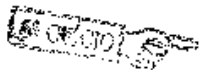
OUTORGADO: (Dados do Procurador)

Nome: MÂRCIA VITAL DE LIMA
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRA
Profissão: PEDAGOGA
Identidade: 2350007 - PI CPF: 590.071.253-20
Endereço: RUA 24 DE JANEIRO, nº 554 Bairro: CENTRO
Cidade: TERESINA Estado: PIAUÍ CEP: 64000-235



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo em bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar – me perante a **Seguradora Líder de Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório, fazer requerimento e recebimento hospitalar: HUT, HPM e UPA – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinaturas nos formulários de: Avisos de Sinistros, Declaração de Ausência de Laudo de IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Residência, podendo enfim, assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para o perfeito cumprimento deste mandato; do qual figura como vítima, Claudia Maria Vieira

Local: Teresina UF: PI Data: 31 de 03 de 2018



Claudia Maria Vieira
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

(Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade)

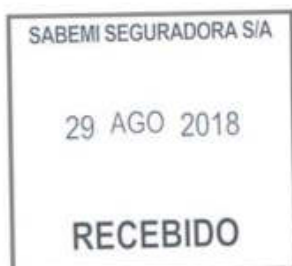
TERESINA CARTÓRIO DE DEIXA DE NOTAS
TITULO: ASSINATURA DE CLAUDIA MARIA VIEIRA
PLATA DE LÍMITE DE CANCELAMENTO: 17/05/2018
FOLHA: 001/001
ASSINADO POR: CLAUDIA MARIA VIEIRA
EM: 31/03/2018
CARTÓRIO DE TERESINA
RECONHECIMENTO DE FIRMA
18/02/2021



Teresina, 20/07/2018

Eu, Claudine Maria Vieira portadora do RG nº 2034746, CPF nº 006698083-69, residente e domiciliado na Rua Santo Anápolis, 2060, Bairro Beira Rio em Teresina - PI, venho através desta solicitação da Seguradora Bóker OPVT uma reanálise no meu processo de invalidez. Costaria que fosse feita uma perícia médica para constatar o grau de lesão que tenho e comprovar que o valor que recebi de indenização não está correspondente à sequela que fiquei.

Vou enviando nova documentação médica que relata toda minha lesão.



Claudia maria Vieira



Teresina, 20/07/2018

Eu, Cláudia Maria Vieira portadora do RG nº 2034746, CPF nº 006698083-69, residente e domiciliado na Rua Santo Anápolis, 2060, Bairro Boa Rio em Teresina - PE, venho através desta solicitar do Seguradora LIDER DUVAT uma reanálise no meu processo de invalidez. Gostaria que fosse feita uma perícia médica para constatar o grau de lesão que tenho e comprovar que o valor que recebi de indenização não está correspondente a sequelas que fiquei.

Estou enviando nova documentação médica que relata toda minha lesão.

Cláudia Maria Vieira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 013156854270
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 00263530477 2017

CLAUDIA MARIA VIEIRA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013156854270 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGAR NO VERDE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SEU DPVAT 0200 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 28/12/2017

1 00263530477 2017

00263530477 HONDA/POP100
2010 209 202HB02109R402759

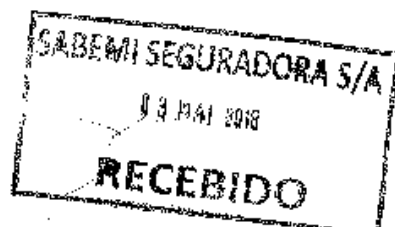
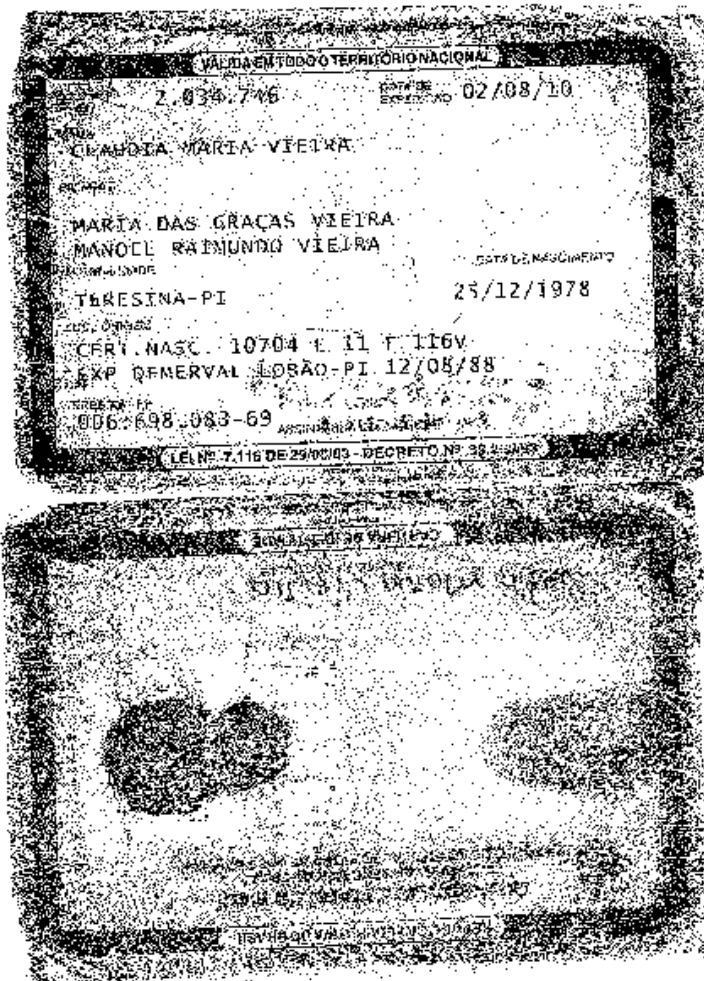
PRÊMIO TARIÁRIO
000,00 000,00 000,00

000,00 000,00 185,50

000,00 000,00 28/12/2017

SEGURADORA LIDER - DPVAT

SABEMI SEGURADORA S/A
03 MAI 2018
RECEBIDO





VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS			
REGISTRO GERAL	2.350.007	DATA DE Emissão	29/01/11
NOME MÁRCIA VITAL DE LIMA			
Pai NEUSA MARIA VITAL DE LIMA			
Mãe MANOEL BEZERRA DE LIMA			
LUGAR DE NASCIMENTO SÃO DOMINGOS DO MARANHÃO-MA 12/02/1972			
DOC. ORIGEM			
CERT. CASAM. 20633 L 578 F 213			
EXP. TERESINA-PI 04/06/08			
TERESINA-PI			
590.071.253-20			
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			





Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



RECEITUÁRIO

Paciente: _____

LAUDO MÉDICO

Declaro, para os devidos fins, que Cláudia Maria Vieira, vítima de acidente de trânsito em 03 de janeiro de 2018, foi atendida e operada no HUV por fratura no platô tibial esquerdo. Ao final do tratamento médico e cirúrgico a mesma apresenta ainda dor crônica, edema e limitação funcional no membro inferior de 70%.

CPF 10-: 125.515.582-1

Flávio Manoel de A. Coutinho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PI 8102

Teresina (PI), 10/07/2018

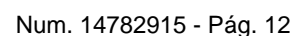
Médico

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1528 - Fax: (86) 3216-1520
CEP: 64.014-090 - Teresina - Piauí - C.N.P.J. 07.444.159/0002-25 - CMC: 036.372-8



SAIBEMI SEGURADORA S/A
03 MAI 2010
RECEBIDO



$$T_1 = 1.2 \times 10^{-10} \text{ s} \quad \text{and} \quad T_2 = 1.0 \times 10^{-10} \text{ s}.$$




Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRQ (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro			
	12 Município-UF	Código IBGE			
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo			
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?			
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	19 Vítima				
Acidente de Transporte	20 Meio de locomoção				
	21 Outra parte envolvida				
Exame Físico	22 Equipamentos de segurança				
	23 Glasgow =				
Assistência	24 Pupilas				
	25 Dor				
Hospital de Destino	26 Pulso Radial				
	27 Sangramento				
Observações Interdisciplinares	28 Fratura				
	29 Procedimentos realizados				
30 Hospital de Destino					
31 Condições de entrada					
32 Óbito					
33 Observações Interdisciplinares					
34 Responsável pela recepção					





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.000469/2018-44

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Cláudio Costa De Sousa

Data/Hora: 31/01/2018 - 10:50

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA COELHO DE RESENDE, Nº:

Complemento

Bairro

CENTRO SUL

Ponto de Referência

CENTRAL DE FLAGRANTES

Data/Hora

02/01/2018 - 11:00

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CLAUDIA MARIA VIEIRA

RG: 2034746 PI

Mae: MARIA DAS GRAÇAS VIEIRA

Endereço: RUA SANTO ANAPOLIS, Nº 2090

Bairro: VILA D'ÁGUA

Cidade: TERESINA

Tipo Envolvido: VITIMA/Noticiante

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal culposa no trânsito (Art. 303 do CTB).

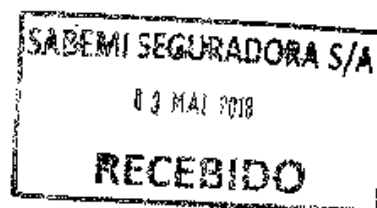
RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA QUE CONDUZIA A MOTO DE SUA PROPRIEDADE, MARCA HONDA/PCP 100, PLACA NUJ-2586-FI, COR VERMELHA, RENAVAM 00263530477, E QUE TRAFEGAVA PELA VIA CITADA, QUANDO O AUTOMÓVEL DE PLACA OTF-3237-MA, INVADIU A PREFERENCIAL, PROVOCANDO A COLISÃO. FOI SOCORRIDA PELO SAMU E LEVADA PARA O HUT. (PRONT. 19/29) DECIARAÇÕES DA NOTICIANTE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

Claudia Maria Vieira
CLAUDIA MARIA VIEIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia



Boletim de Ocorrência emitido em: 31/01/2018 10:29 - SisBO@2011-2018 AT!

Página 1/1



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: Renata Maria Vieira CPF da Vítima: 006.698.035-69 Data do Acidente: 08/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
E-mail	Telefone (DDD)

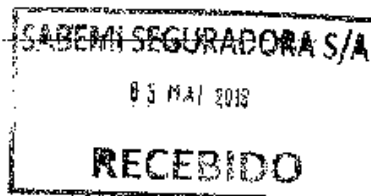
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento de IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento de IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento de 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.



Turquia - RJ, 06 de Maio de 2018
Local e Data

Renata Maria Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V003/2017



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: **3180200442**
Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIA MARIA VIEIRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SANTANÓPOLIS nº 2060 - CENTRO - TERESINA/PI**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2034746 - SSP**
Data e local do acidente: **08/01/2018 TERESINA/PI**
Data e local do exame: **08/10/2018 TERESINA/PI**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM EXTENSÃO A SUPERFÍCIE ARTICULAR ESTENDENDO-SE ATÉ A TRANSIÇÃO METADIAFISÁRIA DA TÍBIA PROXIMAL, FRATURA PROXIMAL DA FIBULA ESQUERDA.

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

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM UTILIZAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO POR 2 DIAS, SENDO SUBSTITUÍDO POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS. FEZ SESSENTA SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA DO TRATAMENTO.

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

APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO EM NA PERNA ESQUERDA, COM REDUÇÃO I NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO, COM DOR AOS ESFORÇOS, COM DÉFICIT DA DEAMBULAÇÃO.

IV. Nexa 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:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO 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.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: **VICTOR EMMANUEL DE SOUSA FERREIRA CRM:4669/PI**


Victor Emmanuel de S. Ferreira
MÉDICO
CRM-PI: 4669

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	CNPJ da Vítima 06.698.083-89	Nome completo da vítima Claudia Maria Vieira
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Claudia Maria Vieira	CNPJ titular da conta 06.698.083-89	Profissão Do lar
Endereço Rua Santa Amélia	Número 2060	Complemento -
Bairro Oliveira	Cidade Tucuruva	Estado PI
E-mail mariaivieira@hotmail.com	CEP 64075-630	Telefone (DDD) (86) 99830-7740

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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 checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ NAO _____ Agência _____ DAV _____ Conta _____ DAV _____ (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)	

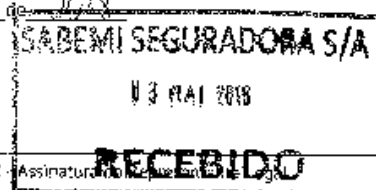
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Tucuruva - PI, 06 de Abril de 2018

Lugar e Data

Claudia Maria Vieira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Carta nº: 13495823

A/C: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180200442
Vitima: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

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: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000048920-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Pag. 00293/00294 - carta_15R - INVALIDEZ

00020147



Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Sinistro: **3180200442**

Vítima: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

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 **3180200442** 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

Pag. 00913/00914 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13441326



Rio de Janeiro, 19 de Maio de 2018

Carta nº: 12829777

A/C: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180200442
Vitima: CLAUDIA MARIA VIEIRA
Data do Acidente: 08/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCIA VITAL DE LIMA

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: CLAUDIA MARIA VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000048920-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Pag. 01913/01914 - carta_15R - INVALIDEZ

00010957



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**
Nº Sinistro: **3180200442**
Vítima: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**
Data do Acidente: **08/01/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180200442**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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

Pag. 01073/01074 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13356480



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180200442**

Vítima: **CLAUDIA MARIA VIEIRA**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCIA VITAL DE LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180200442**.

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 12758993

Pag. 01375/01376 - carta_01 - INVALIDEZ



00020688



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:	15/10/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLAUDIA MARIA VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03389

CONTA: 000000048920-0

Nr. da Autenticação 62A163B10C1D2032

