



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro: Fortaleza - Fórum Clóvis
Beviláqua
Processo: 02939818820228060001
Classe do Processo: Contestação
Data/Hora: 01/02/2023 14:42:40

Partes

Solicitante: Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVAT

Arquivos

Petição: 2879575_CONTESTACAO_0
1 - 1-8.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 1-9.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 10-18.pdf
Documentação: SEGURADORA_LIDER_2018
- 19-20.pdf
Documentação: 2879575_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 1-15.pdf
Documentação: 2879575_CONTESTACAO_A
nexo_03 - 16-26.pdf
Procuração/Substabeleciment
o: SUBSTABELECIMENTO_SU
PERVISAO_2018 - 1-2.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

18/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321006360701

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DA SILVA VALE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00667

CONTA: 000000021048

Número da Autenticação

BDE32E404DAF055C83A501DEFE45E0212D5D9A9F8FD67DFE87FBDE99856786A1

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

18/10/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321006360702

VALOR TOTAL:

843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO DA SILVA VALE

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00667

CONTA: 000000021048

Número da Autenticação

442F6ECD7327360B8EFD11CB540F5080BC3CCB84E1B74882C2F75191444702F8

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210063607

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

Data do acidente: 15/11/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/REPARO LIGAMENTAR). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 9_CIRURGIA.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210063607

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

Data do acidente: 15/11/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO (LESÃO LIGAMENTAR).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/REPARO LIGAMENTAR). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 9_CIRURGIA.

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210063607

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

Data do acidente: 15/11/2020

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo direito, com lesão ligamentar e fratura do maléolo lateral.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva em maio de 2021.

Sequelas permanentes: Bloqueio grave do arco de movimento do tornozelo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/10/2021

Conduta mantida: Não

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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055597/21

Número do Sinistro: 3210063607

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

CPF: 049.558.773-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO DA SILVA VALE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Data da apresentação: 26/05/2021
Nome: FERNANDO DA SILVA VALE
CPF: 049.558.773-70

FERNANDO DA SILVA VALE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055597/21

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

CPF: 049.558.773-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2020

Titular do CPF: FERNANDO DA SILVA VALE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

FERNANDO DA SILVA VALE : 049.558.773-70

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: 22/02/2021
Nome: FERNANDO DA SILVA VALE
CPF: 049.558.773-70

FERNANDO DA SILVA VALE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2021
Nome: EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS
CPF: 023.759.843-40

EMANUEL HOLANDA DOS SANTOS

Paciente: Fernando da Silva Dias
 Data da Operação: 20/11/2010 Enfermaria: _____ Leito: _____
 Operador: Dr. Rafael Cavalcante 1º Auxiliar: Dr. Cassio Prado
 2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Celso
 Tipo de Anestesia: Raqui
 Diagnóstico Pré-operatório: Fratura de tornozelo D
 Tipo de Operação: Interno de fratura de tornozelo + reparo de ligamento cruzado anterior de tornozelo D
 Diagnóstico Pós-operatório: _____
 Relatório Imediata Patologista: _____
 Exame Radiológico no ato: _____
 Acidente durante a operação: _____
 Cirurgia: Contaminada Infectada


DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- (1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- (2) limpeza + antiseptico + exposição do campo
- (3) incisão lateral no tornozelo D + drenagem por plano
- (4) redução de fratura com placa III de arno e parafusos autôctomos
- (5) reparo ligamentar do ligamento cruzado anterior do tornozelo
- (6) fechada por planos
- (7) Curativo
- (8) Tala gipsada
- (9) A SAA

Cassio Prado Siqueira Campos
 Ortopedia-Traumatologia
 CRM: 15481 RCE 10600 RCE 10163

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 14.174/RCE: 15607/RCE: 14.376

Hospital Distrital Dr. José Barroza de Oliveira
 Assento de Cópia conforme certidão original

 Rafael da Silva Cavalcante
 Médico: 8298



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FERNANDO DA SILVA VALE		Nº DO PRONTUÁRIO 426449	Nº DO BE 339681
CADUS 706302714353674	DATA DO NASCIMENTO 23/05/1992(28 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 04955877370		NOME MÃE EDILEUDA DA SILVA VALE	
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA OLIVEIRA SOBRINHO 2528 CS-116 GRANJA PORTUGAL	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85) 98892-7086	
CEP 60.540-735	OCORRÊNCIA		

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DIAGNÓSTICO PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO BIKE E MOTO, APRESENTANDO LUXAÇÃO EM TORNOZELO DIREITO, LACERACÕES E DM.	MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA
ESCALA DE GORT 99 (ADULTO)	

SINAIS VITAIS

POSO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 128/72	SAT O2 97%	PULSO 78	GLUCOSE NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
16/11/2020 00:01:28

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
LARISSA CORDEIRO GRANGEIRO

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
*Fm! Luxação de Tornozelo @
de um membro.*

DIAGNÓSTICO

COO. PROCEDIMENTO

SINAIS DE VITALIDADE
 HC SU US ABDOMINAL TC CRANIO RAIOS-X OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>SALA BOTA. de Tornozelo @</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
 DECISÃO MÉDICA A PEDIDO EVASÃO TRANSFERÊNCIA INTERNAÇÃO ÓBITO: ATÉ 48 HORAS APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: FAMÍLIA IML ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA
Cedric Netto

Impresso por LARISSA CORDEIRO GRANGEIRO em 16/11/2020 às 00:47:24
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Anne GABRIELLI SOUSA COSTA
FERNANDO DA SILVA VALE
(ESPOSA)

LARISSA CORDEIRO GRANGEIRO
LARISSA CORDEIRO GRANGEIRO
LARISSA CORDEIRO GRANGEIRO



HUMBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de Fortaleza

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

Nº DE LAUDO 3600011512		Nº DA AIH	
UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRIAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		CGC/CNPJ 04885197000900	
DADOS DO PACIENTE			
NOME: Fernando da Silva Vale		DATA DE NASC: 23/05/1999	
NOME DA MÃE: Edileuda da Silva Vale			
SEXO: M	ESTADO CIVIL:		
ENDERECO: Rua Oliveira Sobrinho 2528 c/136	MUNICIPIO: Fortaleza		
BAIRRO: Granga Portugal	CEP: 60.540-72		
CPF DO MÉDICO SOLICITANTE		CPF E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO		PROCEDIMENTO SOLICITADO	
		DATA DA EMISSÃO __/__/__	
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Fratura de Tornozelo (D)			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
ACUM			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS			
M + CX. Tórax			
DIAGNÓSTICO INICIAL			
Frnt. Lateral Tornozelo (D)			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
170 Cirurgia			
CRM DO MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
	Edmar Netto Médico Ortopedista CRM 11.565		

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
 Anexo rua com 2 colunas com 2 originais
[Assinatura]
 Adélia Cavalcante
 Médica 3298

- TIPO DE CLÍNICA**
- 1. CLÍNICA GINECOLÓGICA
 - 2. CLÍNICA OBSTÉTRICA
 - 3. CLÍNICA MÉDICA
 - 4. CLÍNICA PSIQUIÁTRICA
 - 5. CLÍNICA PEDIÁTRICA
 - 6. OUTROS



FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME DO PACIENTE:

Fernando da Silva Vale

PRONTUÁRIO:

ENFERMARIA/LEITO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

/ /

ANOTEM-SE: Diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota acompanhadas da assinatura e carimbos do médico que evoluiu, assim como a legibilidade da letra.

DATA
16/11/2020

EVOLUÇÃO

Fmt Luxação Tornozelo D.
Análise médica momentânea após
atualização de status e exames vasculares
Solicitado exame pré-op

Cedric Netto
Médico Ortopedista
CRM 11555

16/11/20
03:55h

Fernando da Silva Vale, 28 anos; HD: luxação tornozelo D.
Nega comorbidade e alergia medicamentosa. Educa consentida,
orientado, verbalizando; Eupneico em ambiente quieto dieta
VO. Eliminação fisiológica presente e sem alterações. Atende
to à chamada de rodas. AVI em MSD próprio. Segue aos cuidados
das da equipe. Encaminhado ao Posto I, leito 107.

Priscyla M. T. Vitorino Maciel
COREN 621706 - ENFERMEIRA

16/11/2020
04h

Admitido nesta unidade, posto 01, proveniente de emergência com HD:
luxação tornozelo D. Proxim. esternal. Nega alergias e comorbidade.
Sintomas vitais preservados. Aguarda punção. Com repouso no leito.
Segue em observação.

João Oliveira
ENFERMEIRO
CRM 11555

17/11

Abouca (ambu)

Antonio Augusto T. Rocha
CRM 11555 - C.M. 4714

16/11/20
MT

F5V, 28a, masc, HD: Fmt, diagnóstico luxação em tornozelo D.
Evolui consciente, orientado, eupneico, em Ad, verbalizando, na peitando bem Dieta VO ofertada, sem queixas no momento. Segue aos cuidados da equipe.

Alcides Mendes
Marta Maria Almeida
COREN 65858 - ENFERMEIRA

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira
Atente que copia cartão com original
Manuella
Adriana Cavalcante
Enfermeira 8298

CRM 4890

DATA	EVOLUÇÃO
18/11	F.S.V. 28 anos, H.D.: Luxar de tornozelo D. Abundante, consensual, aumentado, vascularizado, quente, levemente doloroso, normalmente aumentado. Segue em observação, aguarda cirurgia. Café Parakente Lm 3315
19/11	* Injúria rotatória Lm 3315
20/11	Parabrotia a proce... Cirurgia se interessar Dr. G. S. A.
20/11 12:30	# Imagem # F.S.V. 28a; M. Anuloso PDi por fratura lateral D; lesões: lacerada, contuso, (somente); Distúlio lito; SVP em uso, puno, dita lacerada, vasos melhora salina; segue sob o cuidado de enfermagem próximo a urgência, aguarda o internamento

Dr. Antonio Luiz Vieira Gonçalves
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia Quirúrgica
 CREMEC - 12.444

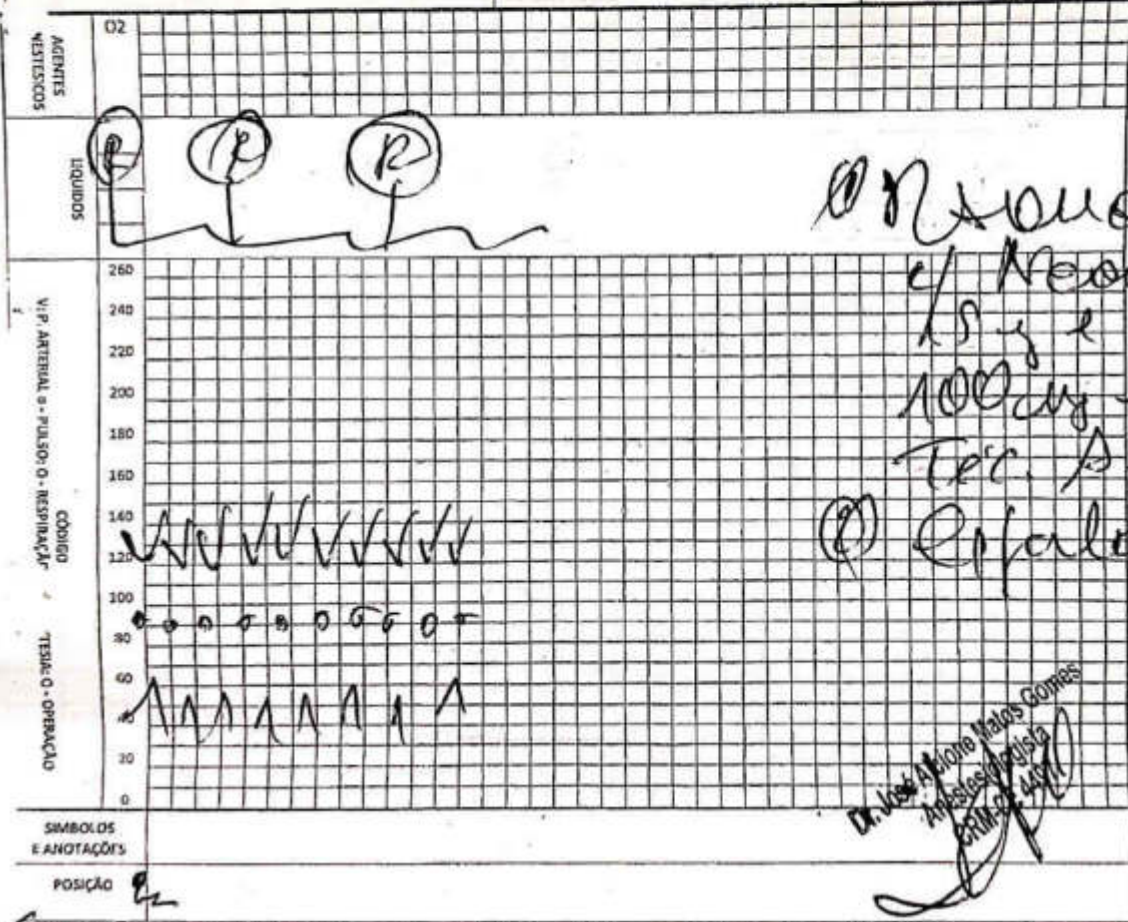
Dr. Rafael da Silva Cavalcante
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 14.370/RQE: 8560/TEOR: 16.316

Hospital Distrital de Juruá
 Avenida da Costa Castilho
 Edifício Colômbia
 Juruá - PA

FOLHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Fernando da Silva Vale PRONTUÁRIO: _____ ENFER./LEITO: _____

DATA DA CIRURGIA: <u>20/11/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>120/60</u>	RESPIRAÇÃO: <u>20</u>	SATURAÇÃO: <u>99</u>	PULSO: <u>90</u>	PESO:	ALTURA:	TEMPERATURA:
TIPO SANGÜINEO:	HEMAZÍAS:	HEMATOCRITO:	HEMOGLOBINA:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
APARELHO URINÁRIO:					DIURESE:		
APARELHO RESPIRATORIO: <u>du</u>				ASMA:		BRONQUITE:	
APARELHO CIRCULATÓRIO:				ELETROCARDIOGRAMA:			
APARELHO DIGESTIVO: <u>M</u>				DENTES:		PESCOÇO:	
ESTADO MENTAL:		ATARÁXICO:	ALERGIAS:	CORTICOIDES:		HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: <u>Frot. de tornozelo</u>				ESTADO FÍSICO: <u>ASA I</u>		RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:				TEMPO DE JEJUM PRÉ-ANESTÉSICO:			
DICAÇÃO PRÉ ANESTÉSICA:			ADMINISTRADA ÀS:		EFEITO:		



INDUÇÃO
 SATISF.: _____ EXCIT.: _____
 LENTA: _____ TOSSE: _____
 NAUSEA: _____ VÔMITOS: _____
 LARINGO ESPASMO: _____
 OUTROS: _____

MANUTENÇÃO
 Anestesia de Neuromuscular Perif. de 2g e 10g furo 100mg em 2g 2g Tec. Asseptica e Cir. Ortopédica 2g 6v

ANESTESIA SATISF.: SIM NÃO
 NÃO, POR QUÊ? _____

TECNICA: RAQUIDANESTESIA


TECNICA: Cirurgias: DR. RAFAEL + DR. CATO

CIRURGIA: Anestesia: DR. Jeanne

ANESTESIAS: CIQUIRIAS

CIRURGIA: 3072 8126 - Frot. de tornozelo T.2 e Cir

DESCRIÇÕES: 3072 8142 - Lesão ligamentar Ant. da

Hospital Distrital Dr. José Barroso de Oliveira
 Asseta que copia confere com a original

 Asseta Cavalcante
 Matrícula 8299

**DESCRIÇÃO DA
OPERAÇÃO**

Prontuário N.º:
426449

Paciente: Fernando da Silva Viçô
 Data da Operação: 20/11/2020 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>Dr. Rafael Cavalcante</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Caio Prado</u>
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista: <u>Dr. Alécio</u>

Tipo de Anestesia: Raqui
 Diagnóstico Pré-operatório: Fratura do tornozelo D
 Tipo de Operação: Artroscopia de fratura do tornozelo + reparo de ligamento cruzado do tornozelo D
 Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediata Patologista: _____
 Exame Radiológico no ato: _____
 Acidente durante a operação: _____
 Cirurgia: Contaminada Infectada

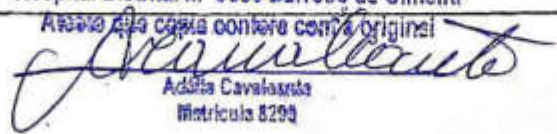
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscevas

- (1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- (2) limpeza + antissépsis + aposição de campos
- (3) Acesso lateral ao tornozelo D + drenagem por plasma
- (4) Fixação de fratura com placa 1/3 de comprimento
- (5) Reparo ligamento dos ligamentos anteriores laterais do tornozelo
- (6) Sutura por plasma
- (7) Curativo
- (8) Tolo loto
- (9) G. SAA

Caio Prado Stqueira Camp
 Ortopedia-Traumatologia
 CRM: 15483 RQE: 16660 RQE: 10165

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 14370/RQE: 1560/TEOT: 16316

Hospital Distrital Dr. José Barroso de Oliveira
 Assinatura e carimbo com original

 Rafael Cavalcante
 Matrícula 8295



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2021235504



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 643 / 2021

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2021 11:33:05**
Data / Hora da Ocorrência: **15/11/2020 23:25:00**
Endereço da Ocorrência: **R BRAGANÇA C/ RUA LONDRINA, GRANJA PORTUGAL - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A FEIRA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FERNANDO DA SILVA VALE**
Nascimento: **23/05/1992** CPF: **049.558.773-70**
RG: **2007009006450** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **EDILEUDA DA SILVA VALE**
FRANCISCO MARDONES QUEIROZ VALE
Endereço: **RUA OLIVEIRA SOBRINHO , 2528 CASA 116**
Bairro: **GRANJA PORTUGAL**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.541-790**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98777-2833**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE GUIAVA UMA BICICLETA PELA RUA BRAGANÇA; QUE UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, AVANÇOU A PREFERENCIAL, OCASIONOU A COLISÃO COM A BICICLETA EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU POR ALGUNS INSTANTE E LOGO FOI EMBORA DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA E SÓ FOI ATENDIDO NO DIA SEGUINTE (16/11/2020). E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO:DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Fernando da Silva Vale

VISTO DO(A) DELEGADO(A):

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



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 prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: **3210063607** Data da solicitação: **26/05/2021**
 Nome do beneficiário: **Fernando da Silva Vale** CPF do beneficiário: **049.558.773-70**
 Nome do solicitante: **Fernando da Silva Vale** CPF do solicitante: **049.558.773-70**

DADOS PARA CONTATO
 Tel. Celular: (**55**) **9.8422.3357** Tel. Comercial: ()
 Tel. Residencial: ()
 E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO
 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO
 DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?
 NÃO SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:
 Novos documentos médicos
 Laudo do IML
 Boletim de Ocorrência
 Notas fiscais complementares
 Outros: (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Tenho solicitado uma perícia médica presencial, pois estou com sequelas definitivas, em decorrência do meu acidente de trânsito, tive fratura na perna, fiz cirurgia e coloquei placa e pino, tive que fazer outra cirurgia de reparo de fragmentos, pois rompeu o ligamento gravemente do tornozelo, hoje não consigo exercer minhas funções laborais, estou impossibilitado de trabalhar, pois ainda com ajuda de muletas. Não acho justo o valor que recebi, pois não fiz perícia. Por esse motivo gostaria de fazer perícia médica, para que eu possa receber o valor justo ao qual tenho direito da minha indenização.

Fortaleza, 25 de Maio de 2021.
 Local e Data
X FERNANDO DA SILVA VALE
 Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE
 Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente, na seu pedido do Seguro DPVAT.
 Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:
 O não alfabetizado deve escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada (maior e caps), para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055597/21

Número do Sinistro: 3210063607

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

CPF: 049.558.773-70

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/11/2020

Titular do CPF: FERNANDO DA SILVA VALE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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

Data da apresentação: 26/05/2021
Nome: FERNANDO DA SILVA VALE
CPF: 049.558.773-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/05/2021
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

FERNANDO DA SILVA VALE

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FERNANDO DA SILVA VALE



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2007009006450 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
049.558.773-70 23/05/1992

FILIAÇÃO
FRANCISCO MARDONES
QUEIROZ VALE
EDILEUDA DA SILVA VALE

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
[Hatched box] [Hatched box] R

Nº REGISTRO
06262000098

VALIDADE
14/02/2024

1º HABILITAÇÃO
15/12/2014

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

FERNANDO DA SILVA VALE

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
19/02/2019

Idon Vasconcelos Ponte
IDON VASCONCELOS PONTE

41585407395
CE169490955

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1673550020

PROIBIDO PLASTIFICAR
1673550020

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: 3210063607

Nome do(a) Examinado(a): FERNANDO DA SILVA VALE

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Oliveira Sobrinho, 2528, CS 116, Fortaleza/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPDS / 2007009006450

Data e local do acidente: 15/11/2020 - Fortaleza/CE

Data e local do exame: 07/10/2021 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura de tornozelo direito, com lesão ligamentar e fratura do maléolo lateral.

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

Realizado tratamento cirúrgico e posterior fisioterapia. Alta definitiva em maio de 2021.

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

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 10°, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

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

Bloqueio grave do arco de movimento do tornozelo

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 às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Direito - Intenso - 75%

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


Dr. Greiv Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPE da vítima: 049.558.773-70 4 - Nome completo da vítima: Fernando da Silva Vale

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando da Silva Vale 6 - CPF: 049.558.773-70
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Oliveira Sobrinho 9 - Número: 9528 10 - Complemento: CS-116
11 - Bairro: Oranja Portugal 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.541-790
15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: 854.8422-3357

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 R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: 0667 - CONTA: 21048 8
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação 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 de 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.

Subito 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 Líder para a confirmação 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CM) Divorçado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Guardo parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheira(o): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascera)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, 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 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Sorocaba, 22 de Fevereiro de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Fernando da Silva Vale

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210063607

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

Data do Acidente: 15/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO DA SILVA VALE

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **FERNANDO DA SILVA VALE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000667**

Conta: **0000021048-8**

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, retorne 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, 20 de Outubro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210063607

Vítima: FERNANDO DA SILVA VALE

Data do Acidente: 15/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO DA SILVA VALE

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: **FERNANDO DA SILVA VALE**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000000667**

Conta: **0000021048-8**

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, retorne 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

