
Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704474

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704474

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

R\$ 675,00

Recebedor: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000043799-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704474

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190704474

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

Data do Acidente: 20/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 50%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000000754**

Conta: **0000043799-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190704474
Nome do(a) Examinado(a): NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS
Endereço do(a) Examinado(a): TRAVESSA ANA FRANÇA DO NASCIMENTO, 163, PAVAOZINHO
SENADOR POMPEU Ceará - CEP: 63600000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ssp-ce / Ceará] 2004021006540
Data local do acidente: [20/08/2019]
Data local do exame: [22/07/2020] TAUA - Ceará

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Realizado tratamento cirúrgico + enxerto
Complicações: Sem complicações.
Data da Alta: 20/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
 Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
 Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Limitação funcional e anatômica leve do pé direito.
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 o 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 (*)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Pé - Direito | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual (<input checked="" type="checkbox"/>) 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Idelvan Alves de Assis Junior
Médico
CRM-CE 18236
CPF - 00525851313
CRM - Ceará - 18236

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 - CPF da vítima: 018.699.983-67 4 - Nome completo da vítima: Nara Cristina S. Lima de Moura

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

5 - Nome completo: Nara Cristina Jacupim Lima de Moura 6 - CPF: 018.699.983-67
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: TR. Ana Franco do Movimento 9 - Número: 163 10 - Complemento: Zona urbana
11 - Bairro: Quãozinho 12 - Cidade: Governador Pompeu Ceará 13 - Estado: _____ 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88) 99972-3424

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)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0754 CONTA: 43799 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 que 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SENADA Fortaleza - CE 16/12/2019

Nara Cristina Jacupim Lima de Moura
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 1324 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/10/2019 12:30:56**
 Data / Hora da Ocorrência: **20/08/2019 11:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **R CENTRO DE SENADOR POMPEU ROTATORIA DA PRAÇA DO MERCADO - SENADOR POMPEU/CE**
 Ponto de Referência: **PRAÇA DO MERCADO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS**
 Nascimento: **13/03/1982** CPF: **018.699.983-67**
 RG: **2004021006540** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA DE FATIMA SERAFIM LIMA LUIZ LIMA**
 Endereço: **TRAVESSA ANA FRANCO DO NASCIMENTO**
 Bairro: **PAVÃOZINHO**
 Município: **SENADOR POMPEU/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Afirma a vitima, advertido das penas cominadas ao falso testemunho, denúncia caluniosa e comunicação falsa de crime ou contravenção; Que estava saindo a pé do seu trabalho na cidade de Senador Pompeu-CE, chegando próximo a rotatória do Balão veio um veiculo em sua direção vindo a passar por cima do seu pé que a vitima começou a gritar pedindo para o veiculo parar pois estava machucando o seu pé, Que o motorista parou o veiculo e levou a vitima para o Hospital da Cidade de Senador Pompeu/CE Que chegando no Hospital a vitima passou por alguns procedimentos, conforme documentação médica anexada ao presente BO; Que apresenta como testemunhas a Senhora MARIA ADRIANA SABINO e o Senhor ANDRÉ DE OLIVEIRA DOS SANTOS, Conforme documentação anexa; E nada mais disse, nem lhe foi perguntado, dando por encerrada a presente ocorrência, que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado.

*Helder Beserra dos Santos
 Delegado de Polícia Civil
 Matr. 300.820.1-x*

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
ZAQUEU ALVES DAMASCENO - MAT.: 30112415

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Nara Cristina Serafim Lima de Moraes*

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
HELDER BESERRA DOS SANTOS - MAT.: 3008201x

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 - CPF da vítima: 018.699.983-67 4 - Nome completo da vítima: Nara Cristina S. Lima de Mourais

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

5 - Nome completo: Nara Cristina Jacupim Lima de Mourais 6 - CPF: 018.699.983-67
7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: TR. Aná Franco do Movimento 9 - Número: 163 10 - Complemento: Zona urbana
11 - Bairro: Quãozinho 12 - Cidade: Governador Pompeu Ceará 13 - Estado: _____ 14 - CEP: 63.600.000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (88) 99972-3424

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: 0754 CONTA: 43799
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 que 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vencidos)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

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

40 - Local e Data, SENADA Fortaleza - CE 16/12/2019

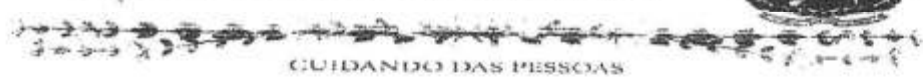
Nara Cristina Jacupim Lima de Mourais
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

03-03

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 20/08/19 HORÁRIO: 11:15 ATENDIMENTO Nº: 28

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Nara Cristiana Araújo Lima de Sousa
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 13/03/82 IDADE: 37 ESTADO CIVIL: Casada
MÃE: Letícia Araújo Lima SUS: 700 0068 8868 7709
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: ASG
ENDEREÇO: T. Ana Luiza BAIRRO: Passagem CEP: 63.600 000
CIDADE: _____ ESTADO: CE TELEFONE: 1881 97765589
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: _____

QP: _____

HDA: Winda de deslocamento
lesão em pé direito e exposição tórax e m. torácica.

DIAGNOSTICO: Trauma

PRESCRIÇÃO: 1) tramadol 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV. 11/35
2) Hidrocodona 10mg - 1amp + AD, EV. lento 11/35
3) Cefalotina 1g - 1amp + 200ml 0,9%, EV. 6/6h 12/30
4) Gabapentina 500mg - 3amp + AD, EV. 24/24h 12/30

Carimbo Ass. Do Médico

[Handwritten signature]

5) Betametasona 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV. 12/30
6) Dipirona 500mg - 1amp + AD, EV.

Edigleusa S. Lima
Técnica em Enfermagem
COREN 001322583

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: _____

Compreção inicial
21/08/19
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável - SAME
MHS
CNPJ 07.802.897/0002-44



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE



06 - 10

Admon over as control de regulacão
de apresentacao de...

Ed: Tramadol 100mg - 1mg + 100ml SF0,9%, EV 3:30
Cetoprofeno 100mg - 1mg + 100ml SF0,9%, EV.

Dr. André *[Signature]* *[Signature]*
MEDICO
CREMEO: 20646

CONFERE COM ORIGINAL

Responsável: SAIBÉ
Confere Original
CNPJ: 07.802.007/0002144
21/08/19
[Signature]

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

319070447402

VALOR TOTAL:

1.012,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

CONTA: 000000043799

Número da Autenticação

F5E1D0AF998F0D2C

BANCO DO BRASIL 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: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

319070447401

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00754

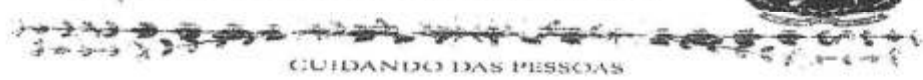
CONTA: 000000043799

Número da Autenticação

44ACA1B0633D517E

03-03

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 20/08/19 HORÁRIO: 11:15 ATENDIMENTO Nº: 28

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Nara Cristiana Araújo Lima de Sousa
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 13/03/82 IDADE: 37 ESTADO CIVIL: Casada
MÃE: Letícia Araújo Lima SUS: 700 0068 8868 7709
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: ASG
ENDEREÇO: T. Ana Luiza BAIRRO: Passagem CEP: 63.600 000
CIDADE: _____ ESTADO: CE TELEFONE: 1881 97765589
ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ lpm T: _____ °C PESO: _____ Kg GLS: _____ HGT: _____ Alergia: _____

QP: _____

HDA: Winda de Adoção
lesão em pé direito e exposição taurina e maternal maternas.

DIAGNOSTICO: Trauma

PRESCRIÇÃO: 1) tramadol 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV. 11/35
2) Hiperem 10mg - 1amp + AD, EV. lento 11/35
3) Cefalotina 1g - 1ca + 20ml 0,9%, EV. 6/6h 12/30
4) Garamicina 50mg - 3amp + AD, EV. 24/24h 12/30

Carimbo Ass. Do Médico

[Handwritten signature]

5) Betaproteo 100mg - 1amp + 100ml SF 0,9%, EV.
6) Diprinas 50mg - 1amp + AD, EV.

Edigleusa S. Lima
Técnica em Enfermagem
COREN 001322583

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM: _____

Conceição
21/08/19
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

CONFERE COM ORIGINAL
Responsável - SAME
MHS
CNPJ 07.802.897/0002-44



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu - CE



06 - 10

Admon over as control de regulacão
de apresentacao de...

Ed: Tramadol 100mg - 1mg + 100ml SF0,9%, EV 3:30
Cetoprofeno 100mg - 1mg + 100ml SF0,9%, EV.

Dr. Andréa S. S. Almeida
MÉDICO
CREMEO: 20646

CONFERE COM ORIGINAL

Responsável: SARE
Confere Original
CNPJ: 07.802.007/0002144
21/08/19
Alma



PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

A T E S T A D O

Atesto para os devidos fins, que NARA CRISTINA

SENADOR LIMA DE MORAIS recebeu atendimento médico em:

20/08/19 com diagnóstico de: Prólaps exposto de

balão do 3º grau direito CID: _____

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 07 (SETE) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 20/08/19

Dr. Angelo Antulice

ANGULO
ANTULICE
20644

MÉDICO/CRM



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

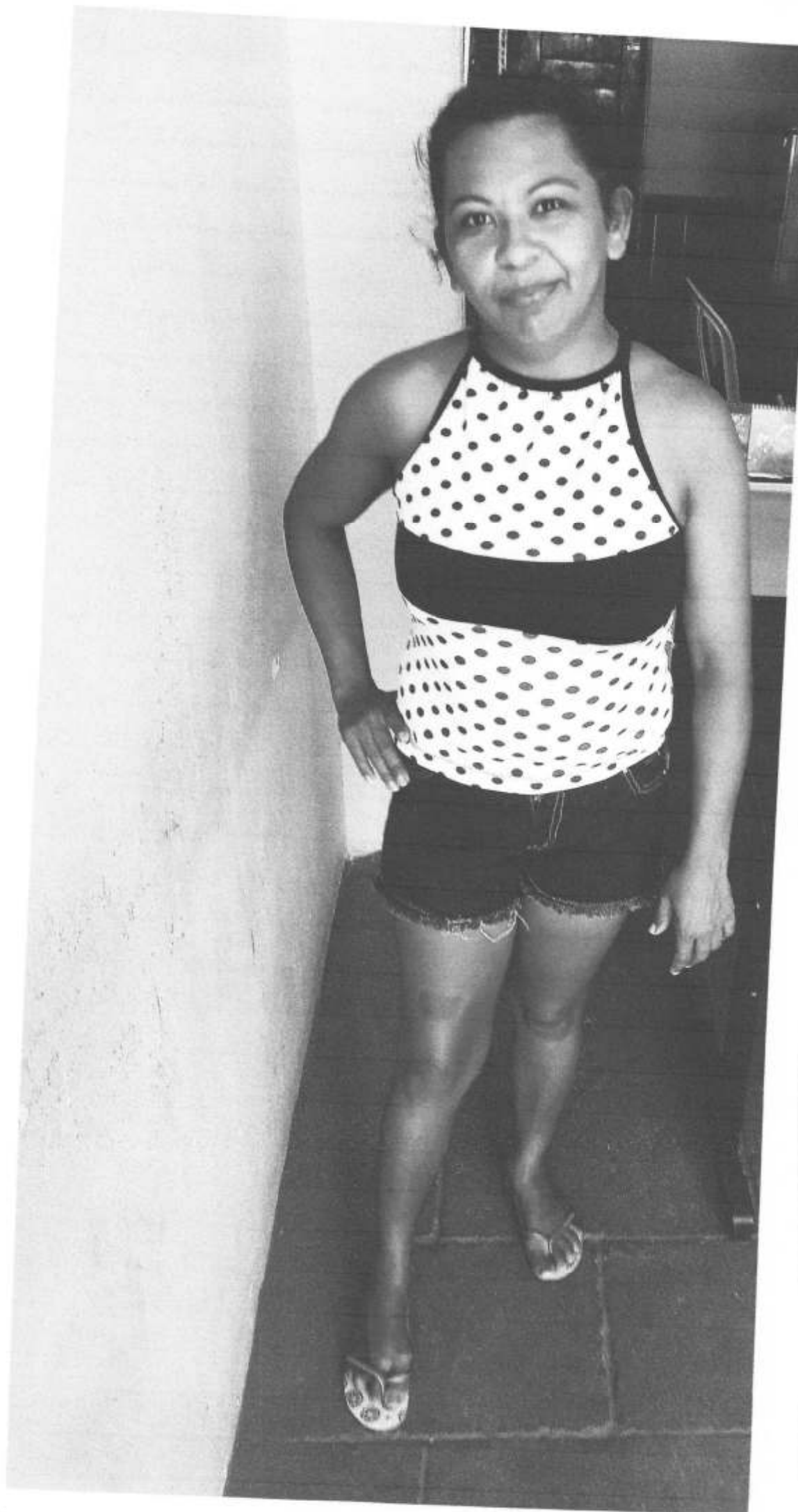
Atesto, para os devidos fins, que o paciente NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS, foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades.

CID: 581.9




MÉDICO

Fortaleza, 12/09/2019







Clínica Senador

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira
CRM 2332
Praça da Juventude S/N
Senador Pompeu - CE

Laudo Medico

Nome: NARIA CRISPINO JERAFIM LIMA (VIUPE)

Declaro para os devidos fins que o paciente acima descrito foi vitima de acidente de transito em 20/11/19 onde foi socorrido ao hospital SENADOR POMPEU com

Diagnosticado de FRATURA EXPOSITA DO 1º 2º 5º FALANXIANO

Onde o mesmo foi submetido a tratamento clínico cirúrgico () fisioterapia, complementado com ENXERTO DE VETE recebendo

alta definitiva em 20/11/19, evoluindo com sequela e dano irreversível de 90% mesmo após o tratamento apresentando limitação de movimento em FIXADO E EXTENSÃO

Senador Pompeu 10/11/20

Miguel Franco Fernandes Vieira
MEDICO
CREMEC-2332
CPF 013.226.302-59

Dr. Miguel Franco Fernandes Vieira
Cremec 2332

PREFEITURA DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA DA SAÚDE



CUIDANDO DAS PESSOAS

FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 20/08/19 HORÁRIO: 11:15 ATENDIMENTO Nº: 28

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Maria Cristina Araújo Lima de Souza
SEXO: F DATA NASCIMENTO: 13/03/82 IDADE: 37 ESTADO CIVIL: Casada
MÃE: Letícia Araújo Lima SUS: 300 0068 3868 7709
NATURALIDADE: Sen Pompeu PROFISSÃO: ASG
ENDEREÇO: T. Ana Luiza BAIRRO: Paraisópolis CEP: 63.600 000
CIDADE: ESTADO: CE TELEFONE: 1881 97765589

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

PA: X mmHg SPO₂: % FC: bpm FR: lpm T: °C PESO: Kg GLS: HGT: Alergia:

QP:

HDA: Vítima de Abuso Sexual
Lesão em pé direito de exposição traumática e motivo materno.

DIAGNOSTICO: Trauma

PRESCRIÇÃO: (1) Namoral 100mg - 1 amp + 100ml SF 0,9%, EV. 16:55
(2) Dipirona 100mg - 1 amp + AD, EV. 17:35
(3) Ceftriaxona 1g - 1 ca + 200ml AD, EV. 6/6h. 22:20
(4) Grammicina 500mg - 3 amp + AD, EV. 24/24h. 12:30

Carimbo Ass. Bo-Médico Edgleusa S. Lima
20/08/19 Técnica em Enfermagem
COREN 001322583
(5) Ceftriaxona 1000mg - 1 amp + 100ml SF 0,9% EV.
(6) Dipirona 500mg - 1 amp + AD, EV.

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

Conferência Original
21/08/19
[Assinatura]
CONFERE COM ORIGINAL
Responsável: SAME
MHS
CNPJ 07.802.897/0002-44



Maternidade e Hospital Santa Isabel
Rua Joaquim Ferreira de Magalhães 997 Fatima
Senador Pompeu -CE





PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que NARA CRISTINA

SENADIM LIMA DE MORAIS recebeu atendimento médico em:

20/08/19 com diagnóstico de: Fartura exposta de

palange do 3º dedo direito CID: _____

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 07 (SETE) dias de licença do

trabalho, a partir da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 20/08/19

Dr. Angelo Antalice

20644

MÉDICO/CRM



BRASIL
 SENADOR POMPEU-CE
 CERT. CASAM. 2977 L B15 F
 GOZ PRUDENTE DE SEN POMPEU CE

NOME: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MO
 AFIN LIMA
 DATA DE NASCIMENTO: 13/3/1982

Nº de Matrícula: 2004021006540
 Nº de Registro: 27/1/2004

SENADOR POMPEU-CE
 CERT. CASAM. 2977 L B15 F
 GOZ PRUDENTE DE SEN POMPEU CE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA
 E DEFESA DA CIDADANIA
 INS ITUTO DE IDENTIFICACAO

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS
 Assessoria Jurídica do Tribunal

POLEGAR DIREITO




CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTERIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF
 Cadastro de Pessoas Físicas
 Número de Identificação: 018.699.983-67

Nome: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS
 Data de Nascimento: 13/03/1982



AXIA
 CIMA TECNOLÓGICA TERENA

MAR/2004

Este cartão é propriedade exclusiva do titular e não pode ser usado para fins não autorizados.



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:

Data da solicitação: 13/07/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF do beneficiário: 018.699.983-67

Nome do solicitante: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF do solicitante: 018.699.983-67

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) 999723424 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) documento(s) 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

GOSTARIA DE PEDIR QUE FOSSE MARCADO UMA PERÍCIA MÉDICA COM UM MÉDICO DA SEGURADORA LÍDER, PARA QUE O MESMO POSSA ANALISAR AS SEQUÊNCIAS QUE FIZEM NO MEU PÉ DEVIDO A FRATURA QUE SOFRI NO MEU ACIDENTE. HOJE HOJE TENHO SEQUÊNCIAS, NÃO MOVIMENTO MEUS DEDOS DO PÉ DIREITO, NÃO POSSO CALAR SAPATOS DEVIDO O DEDO (UM DOS DEDOS) TER FICADO PRA CIMA DO PÉ. DESDE JÁ ABRASÇO!

SENADORA Pousu - CE 13/07/2020

Local e Data

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS
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 no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474

Cidade: Senador Pompeu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE
MORAIS

Data do acidente: 20/08/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.

Resultados terapêuticos: paciente com ruptura de tendão em pé direito + deformidade local q limita os movimentos

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada por dano moderado do 3º dedo do pé direito., complementar pagamento por dano leve do pé direito

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 pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 3º pododáctilo do pé direito com ruptura de tendão

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta limitação de movimento na flexão e extensão do 3º, 4º, 5º dedo do pé direito e deformidade no 3º dedo e no pé direito.

Resultados terapêuticos: paciente com ruptura de tendão em pé direito + deformidade local q limita os movimentos

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/07/2020

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima já indenizada por dano moderado do 3º dedo do pé direito., complementar pagamento por dano leve do pé direito

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 15 %	7,5%	R\$ 1.012,50
		Total	7,5 %	R\$ 1.012,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ 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 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.4_RELATÓRIO MÉDICO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º, 2º e 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO)
ALTA MÉDICA.(P1/2/3/4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(P1)

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO, NESTE MESMO SINISTRO.
-CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 10/07/2020, PELO DR. MIGUEL FRANCO FERNANDES VIEIRA,
CRM:2332.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º, 2º e 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO)
ALTA MÉDICA.(P1/2/3/4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @(P1)
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO, NESTE MESMO SINISTRO.
-CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 10/07/2020, PELO DR. MIGUEL FRANCO FERNANDES VIEIRA,
CRM:2332.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ 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 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.4_RELATÓRIO MÉDICO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE 3º DEDO DO PÉ 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 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.4_RELATÓRIO MÉDICO.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190704474 **Cidade:** Senador Pompeu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS **Data do acidente:** 20/08/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 1º, 2º e 3º DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (ENXERTO)
ALTA MÉDICA.(P1/2/3/4)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @(P1)

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM 50% DE 3º DEDO DO PÉ DIREITO, NESTE MESMO SINISTRO.
-CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATADO DE 10/07/2020, PELO DR. MIGUEL FRANCO FERNANDES VIEIRA, CRM:2332.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455512/19

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF: 018.699.983-67

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

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

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS : 018.699.983-67

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: 17/12/2019
Nome: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS
CPF: 018.699.983-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0455512/19

Número do Sinistro: 3190704474

Vítima: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF: 018.699.983-67

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/08/2019

Titular do CPF: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

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: 13/07/2020

Nome: NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

CPF: 018.699.983-67

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/07/2020

Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

NARA CRISTINA SERAFIM LIMA DE MORAIS

LARISSA CRISOSTOMO BARROS