

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12923917

A/C: GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS

Nº Sinistro: 3180211358  
Vítima: GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS  
Data do Acidente: 19/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EMERSON JOSE DE ALMEIDA

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: **GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS**

Valor: **R\$ 6.750,00**

Banco: **047**

Agência: **00000045**

Conta: **000007800-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180211358 **Cidade:** Campo do Brito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GRAZIELLE SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 19/09/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA  
**Matos**

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM FRATURA OCCIPITO BASAL, HEMORRAGIA SUBARACNOIDE CEREBELAR, CONTUSÃO TRONCO BASAL E HEMATOMA SUBGALEAL OCCIPITAL

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FOI EVIDENCIADO CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIOS PRESERVADOS, MARCHA COM PASSOS CURTOS COM APOIO DO ACOMPANHANTE, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL. VÍTIMA LÚCIDA, ORIENTADA, COOPERATIVA, REFERE CEFALÉIA SEVERA E CONTÍNUA, ANOSMIA, DISGEUSIA, TONTURA COM QUEDAS DA PRÓPRIA ALTURA, HUMOR LÁBIL COM PERÍODOS DE DEPRESSÃO E AGRESSIVIDADE, ZUMBIDO E REDUÇÃO DA AUDIÇÃO À DIREITA, FAZ USO DE GARDENAL, RIVOTRIL, AMITRIL E DIPAKENE. A PERICIA DA ESTA SENDO ACOMPANHADA PELO NEUROCIRURGIÃO.

**Resultados terapêuticos:** FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 19/09/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 23/09/2017. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR NO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DRENAGEM POR PUNÇÃO DO HEMATOMA SUBCUTÂNEO OCCIPITAL, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

**Sequelas permanentes:** Dano neurológico

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

**PRESTADOR**

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

005.143.085-16

Nome completo da vítima

GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS

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

Nome completo GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS		CPF titular da conta 005.143.085-16	Profissão AGENTE SAÚDE
Endereço RUA JOSÉ ANTONIO MUADES		Número 80	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade CAMO LOBRITO	Estado SERGIPE	CEP 49520-000
Email alema.segurosdpvat@hotmail.com			Telefone (DDD) 1919992-9033

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**

- ☒ RECURSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANESSE

NRO

047

AGÊNCIA

NRO.

D/V

045

CONTA

NRO.

D/V

7800

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

JTABRINA SE, 02 de ABRIL de 2018

Local e Data

Graziele Santos da Silva Matos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

09 MAI 2018

09 MAI 2018



Conta Corrente