

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12923917

A/C: GRAZIELLE SANTOS DA SILVA MATOS

**Nº Sinistro:** 3180211358  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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 PERICIADA 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

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Corrêa dos Santos Filho'.

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:**

09 MAI 2018

 0094462008  
 12 ABR 2018

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 MARES

Número

8

Bairro

CENTRO

Cidade

CARMO DO SUL

Estado

SERGIPE

CEP

49520-000

Email

alemao.segurodpvat@hotmail.com

Telefone (DDD)

(79) 9992-9033

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**
 RECUSO 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)

AGENCIA

D/V

CONTA

NRO.

D/V

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BANESSE

NRO.

047

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

045

01

7800

2

(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.

J TABAINA SE 02 de ABRIL de 2018

Local e Data

&amp; Grazielle Santos da Silva platos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

09 MAI 2010

09 MAI 2010



*Contra Coleente*