



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta n°: 9175461

A/C: RAQUELINE DA SILVA

**Sinistro:** 3160332818 ASL-0840473/16  
**Vitima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS  
**Data Acidente:** 04/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **06/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2016

Carta nº: 9175462

A/C: RAQUELINE DA SILVA

**Sinistro:** 3160332818 ASL-0840473/16  
**Vitima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS  
**Data Acidente:** 04/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder - DPVAT

---

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2016

Carta nº: 10011004

A/C: RAQUELINE DA SILVA

**Sinistro:** 3160332818 ASL-0840473/16  
**Vítima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS  
**Data Acidente:** 04/11/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2016

Carta n°: 10079277

A/C: RAQUELINE DA SILVA

Sinistro: 3160332818 ASL-0840473/16  
Vitima: MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS  
Data Acidente: 04/11/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: RAQUELINE DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002045

Conta: 0000017422-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAQUELINE DA SILVA

BANCO: 104

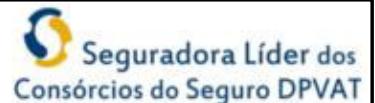
AGÊNCIA: 02045

CONTA: 00000017422-2

---

Nr. da Autenticação 31D3C109D85C5582

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160332818      **Cidade:** Cajueiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 04/11/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 11/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** POLITRAUMA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

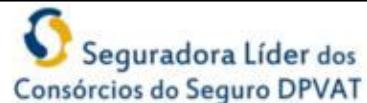
**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160332818      **Cidade:** Cajueiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 04/11/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Membro Inferior Direito. Fratura supracondiliana de fêmur.

**Descrição do exame** Comparece ao exame pericial médico deambulando sem ajuda, contudo, exibe claudicação no andar pela  
**médico pericial:** deformidade, em valgo, do membro inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizada cirurgia para fixação óssea com fios metálicos, posteriormente retirados. Resultado satisfatório com retorno da deambulação, contudo com impotência moderada, pela deformidade.  
Evoluiu com consolidação viciosa

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima em crescimento. Tem 6 anos de idade.

**Médico examinador:** Iara Santos de Albuquerque

**CRM do médico:** 5424

**UF do CRM do médico:** AL

## 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>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

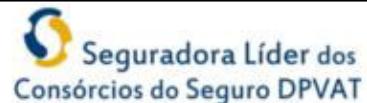
**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160332818      **Cidade:** Cajueiro      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA WITORIA DA SILVA SANTOS      **Data do acidente:** 04/11/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Membro Inferior Direito. Fratura supracondiliana de fêmur.

**Descrição do exame** Comparece ao exame pericial médico deambulando sem ajuda, contudo, exibe claudicação no andar pela  
**médico pericial:** deformidade, em valgo, do membro inferior direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizada cirurgia para fixação óssea com fios metálicos, posteriormente retirados. Resultado satisfatório com retorno da deambulação, contudo com impotência moderada, pela deformidade.  
Evoluiu com consolidação viciosa

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima em crescimento. Tem 6 anos de idade.

**Médico examinador:** Iara Santos de Albuquerque

**CRM do médico:** 5424

**UF do CRM do médico:** AL

## 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>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**