

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508714

A/C: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Nº Sinistro: 3180078393
Vítima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS
Data do Acidente: 15/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

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: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000011265-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**

Nº Sinistro: **3180078393**

Vitima: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**

Data do Acidente: **15/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180078393**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12407346



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**

Sinistro: **3180078393**
Vítima: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**
Data do Acidente: **15/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180078393** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 094.422.627-26 Nome completo da vítima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Maria da Penha Aureliano Domingos</u>		CPF titular da conta <u>094.422.627-26</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>Rua Projetada</u>		Número <u>61N</u>	Complemento <u>21, L36</u>
Bairro <u>BARRIO DAS INDUSTRIAS</u>	Cidade <u>SANTA RITA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.300-000</u>
Email <u>alecaro-mendes-pires@hotmail.com</u>		telefone (DDD) <u>(33) 99823-6662</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o Beneficiário ou Representante Legal, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA SIA
03 DE FEV 2018
PROTOCOLO
AG. 30.000
AG. 30.000 PESSOA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ CONTA NRO _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO <u>0037</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>013</u> CONTA NRO <u>0001265-1</u> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO _____ D/V _____ (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.

João Pereira, 01 de fevereiro de 2018
Local e Data

Maria da Penha Aureliano Domingos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

033-564188524-6

02/FEV/2018

HORA DF 15:04:40

LOT: 13.22399-9

TERM: 042174

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 3488

CONTROLE: 063681841

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0037 013 00011265-1

MARIA PENHA A DOMINGOS

VALOR

:

5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

033-564188524-6

1ª VIA

Scanned by CamScanner

0037 013 00011265-1

MARIA PENHA A DOMINGOS



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180078393 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Paciente chegou queixando-se de dor intensa perna direita, portando muletas. Atrofia leve de coxa direita, cicatriz cirúrgica de bom aspecto face medial perna direita (mini acesso para placa ponte), sem deformidades membro e ou encurtamento. Força diminuída grau 4. Mobilidade normal. Sem restrição de movimentos no joelho, quadril e tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu fratura de tíbia direita, submetido a tratamento cirúrgico em 31/05/2017, evoluiu com dor e limitação de força.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

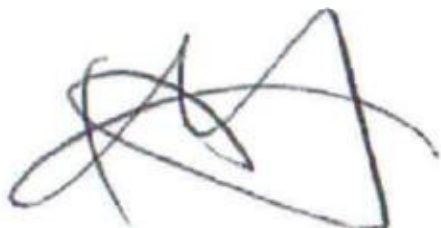
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000011265-1

Nr. da Autenticação 53BBB811723C6680