

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180036940

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDREIA FELIX DE MOURA

Data do acidente: 14/05/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE BRAÇO ESQUERDO (LESÃO DE PLEXO BRAQUIAL)

Resultados terapêuticos: COMS EQUILA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MS ESQUERDO:70%

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau completo - 100 %	70%	R\$ 9.450,00
Total			70 %	R\$ 9.450,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Nome completo da vítima

066.953.503-68

Andreia Felix de Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Andreia Felix de Moura
CPF titular da conta: 066.953.503-68
Profissão: Aux de Gerente
Endereço: Rua Raimundo Miguel
Número: 459
Complemento: Casa
Bairro: Alto da Boa Vista
Cidade: Horizonte
Estado: Ceará
CEP: 62880000
Email: may.mariana@hotmail.com
Telefone (DDD): (85) 3046-3520

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 ATE 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 ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRABESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: Bradesco NRO: 237

AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO. D.V. CONTA NRO. D.V.

3238 7 0008660 9

(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.

Fortaleza, 31 de janeiro de 2018
Local e Data

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.

15 JAN. 2018

ASS: _____

Andreia Felix de Moura

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDREIA FELIX DE MOURA**

Nº Sinistro: **3180036940**

Vitima: **ANDREIA FELIX DE MOURA**

Data do Acidente: **14/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROMARA DO NASCIMENTO VIANA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180036940**.

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 12274377



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12317030

A/C: ANDREIA FELIX DE MOURA

Nº Sinistro: 3180036940
Vítima: ANDREIA FELIX DE MOURA
Data do Acidente: 14/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

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: **ANDREIA FELIX DE MOURA**

Valor: **R\$ 9.450,00**

Banco: **237**

Agência: **000003238-7**

Conta: **000008650-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	9.450,00

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

Graduação: Em grau completo 10%

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

Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 =	R\$	9.450,00
---	-----	----------

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

29/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

9.450,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREIA FELIX DE MOURA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03238-7

CONTA: 000000008650-9

Nr. Autenticação

BRDESCO2901201805000000000023703238000000008650945000 PAGO