

Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: MARIA VILANI DA SILVA

Sinistro: 3180161398
Vítima: MARIA VILANI DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

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 3180161398** 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

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2018

Carta nº: 12732521

A/C: MARIA VILANI DA SILVA

Nº Sinistro: 3180161398
Vítima: MARIA VILANI DA SILVA
Data do Acidente: 29/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MEDEIROS PAIVA

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 VILANI DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000005386-4

Conta: 0000013250-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 3.375,00 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

| | | |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

| | | |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | 1.687,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

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



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

560 806 113 68

Nome completo da vítima

Maria Eliani da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | |
|----------------------------------------|-------------------|----------------------------------------|---------------------|
| Nome completo Maria Eliani da Silva | | CPF titular da conta 560 806 113 68 | Profissão Reuro |
| Endereço R. Longrão | | Número 51N | Complemento Casa |
| Bairro Distrito Amara | Cidade Aquinoz | Estado Pernambuco | CEP 61.700 000 |
| Email Reuro | | Telefone (DDD) (81) 9886 0584 | |

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

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input 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"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | | BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/> Bradesco 237 | |
| AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | | AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 5386 4 | |
| CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir) | | CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> 13250 0 | |

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, 01 de Abril de 2018.
Local e Data

Maria Eliani da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBEMOS

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 16/03/2018

HORA: 13:46 H

FAVORECIDO: MARIA VILANI DA SILVA

AGENCIA: 5386-4 CONTA: 0013250-0

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG.ACOLHEDORA:5386 N.SEQ:00328 TERM:100 AUT:828

VALOR EM DINHEIRO:

RECEBIDO
1 0 ABR 2018
Maria Leticia T. Nobre
Correia de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.136/0001-42

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA VILANI DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180161398**

Vitima: **MARIA VILANI DA SILVA**

Data do Acidente: **29/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE DE MEDEIROS PAIVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180161398**.

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 12667037



BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 27/04/2018 |
|------------------------|------------|

| |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

| | |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 3.375,00 |
|--------------|----------|

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA VILANI DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05386-4

CONTA: 000000013250-0

Nr. Autenticação

BRABESCO2704201805000000000023705386000000013250337500 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180161398 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VILANI DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO. FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA MODERADA REDUÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA PRONO-SUPINAÇÃO COM ATROFIA MUSCULAR E DIMINUIÇÃO DE FORÇA ARTICULAR. TORNOZELO ESQUERDO COM EDEMA RESIDUAL E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E EVERSÃO COM DEAMBULAÇÃO PARCIALMENTE CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO REALIZADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO COTOVELO COM POSTERIOR IMOBILIZAÇÃO AXILO-PALMAR. REALIZADA COM COLOCAÇÃO DE BOTA GESSADA. REALIZAÇÃO DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo, Limitação funcional do cotovelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Fernando Rabelo da Silva

CRM do médico: 3630

UF do CRM do médico: CE

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 25 % | R\$ 3.375,00 |

PRESTADOR

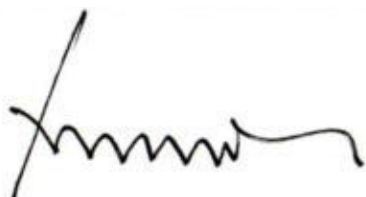
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180161398 **Cidade:** Aquiraz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA VILANI DA SILVA **Data do acidente:** 29/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO E FRATURA DE MALÉOLO DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM TALA BOTA EM TORNOZELO E AXILO-PALMAR EM MS ESQUERDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: