

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](http://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 n°: 12732521

A/C: 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

**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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>3.375,00</b>

**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](http://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.

**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

560 806 113 68

maria vilani da silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Maria Vilani da Silva	CPF titular da conta 560 806 113 68	Profissão Recluso
Endereço R. longao	Número 511	Complemento casa
Bairro Distrito Laranjeiras	Cidade Aquiraz	Estado Ceará
Email Recluso	CEP 61.700-000	Telefone (DDD) (85) 98862 0584

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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"/> RECLUSO 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	

CONTA PÔUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  DV.  CONTA NRO.  DV.  
 (Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE (todos os bancos)**

BANCO NOME Bradesco	NRO. 237		
AGÊNCIA NRO. 5386	D/V. 4	CONTA NRO. 13250	D/V. 0
(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 01 de abril de 2018  
 Local e Data

X maria vilani da silva  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

10 ABR 2018

Maria Gecinéide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

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 NSEQ:00328 TERM:100 AUT:828

VALOR EM DINHEIRO: 

RECEBIMENTO  
10 ABR 2018  
Noite  
Maria Vilani da Silva  
Correto de Seguros Ltda  
Correto de Seguros Ltda  
CNPJ: 48.713.600/0011-10

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**

BRADESCO

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

BRADESCO27042018050000000002370538600000013250337500 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 EVERSAO 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
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE".

# 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:**

