

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Nº Sinistro: **3180302416**

Vitima: **MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA**

Data do Acidente: **15/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **PAULO JOSE ALVES DE MORAIS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180302416**.

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 13055619



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Carta nº: 13120445

A/C: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nº Sinistro: 3180302416
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA
Data do Acidente: 15/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

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 LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 0000021451-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Nº Sinistro: 3180302416

Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

Data do Acidente: 15/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180302416**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



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: 16/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02843

CONTA: 000000021451-6

Nr. da Autenticação E5CE7D0D771B353A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - CE Nº 013355152497
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT 01 VIA CÓD. RENAVAM 00170734765 RA.T.R.C. 00000000000 Exercício 2016

NOME

FRANCISCO LOBO JUNIOR

QUIXERAMBIM

/CE

CPF / CNPJ

72002786372

PLACA

NGX3439/CE

PLACA ANT / UF

/CE

CHASSI

9C2KC1620AR0078B4

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.

COMBUSTIVEL

GASOL/ALCO

MARCA / MODELO

HONDA/CS150 TITAN MIX ES

ANO FAB

2009

ANO MOD

2010

CAP / POT / CL

2P/OCV/149CC

CATEGORIA

PARTIC

COB. PRINCIPAL

VERMELHA

COTA ÚNICA

1

VENC. COTA ÚNICA

1

VENC. COTAS

2

P

V

A

FABRIL/PA

1

PARCELAMENTO / COTAS

2

DATA DE PAGAMENTO

15/03/2017

PREÇO TARIFÁRIO (R\$)

129,04

PREÇO TOTAL (R\$)

14,34

DATA DE EMISSÃO

15/03/2017

OBSERVAÇÕES

SEGURO OBRIGATORIO

LOCAL

DATA

15/03/2017

QUIXERAMBIM

15/03/2017

Superintendente

DETRAN-CE

CE Nº 013355152497 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA

01 72002786372

EXERCÍCIO

2016

PLACA

NGX3439

RENAVAM

00170734765

MARCA / MODELO

HONDA/CS150 TITAN MI

ANO FAB

2009

OUTUB

09

Nº CHASSI

9C2KC1620AR0078B4

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

129,04

DESVAT (R\$)

14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$)

143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

ICF (R\$)

1,11

CUSTO DO SEGURO (R\$)

292,01

PAGAMENTO

1

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

15/03/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.348.460/0001-04

MOTOR: KC16E2A0078B4

04823



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2 0 ABR 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Dom Luís, 300, Loja 147 - PORTALEZA

18
ra
14

CONTRON

CE Nº 013355152497 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

Exercício DATA EMISSÃO
2016 5/03/2011

PLACA

VA 01 72002786372

RENDAVA 00170734763

PLACA / MODELO HONDA / CG150 TITAN MI

ANO / MAR 2009 09

Nº CUGS 9C2KC1620AR007884

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$) 129,04

ADICIONAL (R\$) 14,34

CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15

1,11

292,01

DATA DE QUILACAO 13/03/2017

☒ CONTRAVENCA ☐ PARCELADO

SEGURODORA LIDER - DPVAT

CAPAZ DE 2016.44000001-04

MOTOR: KC16EZA007884

048223

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradorailder.com.br
SAC DPVAT 0800 023 1204

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 ABR 2018
6:11:56:14
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Contato, 300 Lj 147-PORTOALEGRE

20 APR 2018

Declaração

Eu, MARIA BRUNILZA DE OLIVEIRA, RG 2005021097978
CPF 032.304.232-30, declaro que após ter sofrido acidente provocado
por veículo automotor de via terrestre, em 15/01/2018 fui socorrido por
POPULONIA Telefone: (88)
9.9403.9641 levado ao
hospital: Regional N. Pontes Velloso

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve registro da ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instaurado Inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou à inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui em crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro.

"Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada, poderá incorrer conforme o Art. 299 do código penal.



"Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local: Quixim UF: CE Data: 16/04/18

x maria brunilza de oliveira

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 12/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.
*DÉFICIT FUNCIONAL LEVE - 25% DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD DE 12/07/2018, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180302416 **Cidade:** Quixeramobim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA LUCILENE DE ALMEIDA MOREIRA **Data do acidente:** 15/01/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: