

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190692605 **Cidade:** Maranguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA SOUSA MARTINS **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA - LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.  
P 1/2

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO  
ESQUERDA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DE ACORDO COM LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR. FRANCISCO MARDONIO S. DE ALMEIRA ,CRM 4411, DE 18/11/2019 .

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445742/19

**Vítima:** MARIA SOUSA MARTINS

**CPF:** 025.984.443-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/09/2019

**Titular do CPF:** MARIA SOUSA MARTINS

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**MARIA SOUSA MARTINS : 025.984.443-88**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/12/2019  
Nome: MARIA SOUSA MARTINS  
CPF: 025.984.443-88

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

MARIA SOUSA MARTINS

ANDERSSON COSTA SILVA



REPUBLICA DE GUATEMALA	
MINISTERIO DE LA DEFENSA	
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS	
<div> <div>  </div> <div> <p><b>MARIA ROSA MARTINEZ</b></p> <p>IDENTIFICACION</p> <p>025 0041473-00 28/05/1988</p> <p>CONDOMINIO EL PUEBLO</p> <p>GUATEMALA</p> <p>GUATEMALA ROSA MARTINEZ</p> <p>05960201018</p> <p>15/05/2014</p> <p>10/12/2014</p> </div> </div>	
<p>Nombre completo: <b>MARIA ROSA MARTINEZ</b></p> <p>Apellido: <b>MARTINEZ</b></p> <p>Nombre: <b>ROSALBA</b></p> <p>Fecha de nacimiento: <b>28/05/1988</b></p> <p>Lugar de nacimiento: <b>GUATEMALA</b></p> <p>Identificación: <b>025 0041473-00</b></p> <p>Fecha de expedición: <b>15/05/2014</b></p> <p>Fecha de vencimiento: <b>10/12/2014</b></p>	
<p>Nombre completo: <b>MARIA ROSA MARTINEZ</b></p> <p>Apellido: <b>MARTINEZ</b></p> <p>Nombre: <b>ROSALBA</b></p> <p>Fecha de nacimiento: <b>28/05/1988</b></p> <p>Lugar de nacimiento: <b>GUATEMALA</b></p> <p>Identificación: <b>025 0041473-00</b></p> <p>Fecha de expedición: <b>15/05/2014</b></p> <p>Fecha de vencimiento: <b>10/12/2014</b></p>	
<p>Nombre completo: <b>MARIA ROSA MARTINEZ</b></p> <p>Apellido: <b>MARTINEZ</b></p> <p>Nombre: <b>ROSALBA</b></p> <p>Fecha de nacimiento: <b>28/05/1988</b></p> <p>Lugar de nacimiento: <b>GUATEMALA</b></p> <p>Identificación: <b>025 0041473-00</b></p> <p>Fecha de expedición: <b>15/05/2014</b></p> <p>Fecha de vencimiento: <b>10/12/2014</b></p>	





PRÉFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

### REGISTRO DE ATENDIMIENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE <b>MARIA SOUSA MARTINS</b>		NOME DO PRESTADOR <b>8077778</b>		Nº DO REGISTRO <b>308320</b>	
CATEGORIA <b>30/08/1988 (33 ANOS)</b>		SEXO <b>F</b>		NOME DO PAI <b>MARCELO BANDO</b>	
ENDEREÇO <b>CAIXEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2001010260637</b>				NOME DO RESPONSÁVEL <b>MAHIZETE SOUSA MARTINS</b>	
NOME DO RESPONSÁVEL <b>NI</b>		ENDEREÇO <b>RUA MANUEL FIRMINO DA SILVA 28 JOSÉ DE ALENÇAR</b>			
CIDADE <b>FONTELEZA</b>		UF <b>GE</b>		CONTATO	
CPF <b>00.930.436</b>					
EXERCÍCIO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL OU DE EMPREGO					
CLASSIFICAÇÃO DO RISCO					
CAUSA <b>TRAUMA EM MÃO E</b>		MOTIVO <b>ACIDENTE DE MOTO</b>			
SÍNDROME <b>NI</b>		IDADE DO PACIENTE <b>3 (ADULTO)</b>			
PESO <b>NI KG</b>		PRESSÃO ARTERIAL <b>NI/NI</b>		PULSO <b>NI</b>	
TEMPERATURA <b>NI °C</b>		SINAIS VITAIS		SANGUE <b>NI</b>	
DIAGNÓSTICO <b>LARANJA</b>		SINAIS VITAIS <b>ROQUELE GOMES DE BRITO</b>			
DATA E HORA DO REGISTRO <b>08/08/2019 20:04:31</b>					
ÁREA DE ATENDIMENTO					
NOME DO ATRIBUÍDO <b>02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA</b>					
ATENDIMENTO MÉDICO					
<p>Fratura de 5ª costela de mão. (C)</p> <p>CA: Anestesia + exposição por...</p>					
EXATIDÃO DO REGISTRO					
<input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> BU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRÂNIO <input type="checkbox"/> RAIS <input type="checkbox"/> OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MEDICAMENTO		APRESENTAÇÃO		OBSERVAÇÕES	
<p>Rx de analg e aplor</p> <p>Rx de analg e aptal</p>		<p>195</p> <p>Dr. Luciano Martins</p> <p>Tratado 308320 6776</p> <p>RQE 1895</p>		<p>Dr. Ayre Moraes Batista</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 19673</p>	
<p>3 de maio (C) AP 1 Obliqua L Regular</p>					
TIPO DE ATUALIZAÇÃO					
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					
CONTINÚO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

Impresso por rosilene gomes de brito em 05/09/2019 20:04:28

Impresso por Rosilene Gomes de Brito em 05/09/2019 20:04:28

### MARIA DEL ROSA MARTINEZ

~~04-096, 7-00012-08~~

Av. Juca, 1578  
Mossoró, RN - CEP 59634-810  
Fonatel: 3333-0000 - Ceará

25.09.19

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Monis Jairo Monys

vítima de acidente de trânsito, em 05/09/19, sofreu:

Fratura instável do 5º quadrado do fêmur e  
lesão do tendão do fêmur.

e submeteu-se a tratamento(s): Imobilização gessada  
e fisioterapia

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

Deficiência no 5º quadrado do  
fêmur esquerdo.

Dor na articulação do quadrado  
do fêmur do membro

e de movimentos com dor  
durante os movimentos

Prejuízo do membro  
do 5º quadrado do fêmur

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
Ortopedia - Traumatologia

18/11/2019

Francisco Mardônio Salmito de Almeida  
CREMEC 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 075 984 443 88 3 - CPF da vítima: 075 984 443 88 4 - Nome completo da vítima: ANILIA SOUSA MARTINS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ANILIA SOUSA MARTINS 6 - CPF: 075 984 443 88  
7 - Profissão: RECEB 8 - Endereço: R. B. CARLOS RIBEIRO ESCUTONE 9 - Número: 255 10 - Complemento: AB 202 62 29  
11 - Bairro: PARQUE NA 12 - Cidade: FONTAINE 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60.833-595  
15 - E-mail: 08598435-8411 16 - Tel. (DDD): 08598435-8411

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2558 ☐ CONTA: 266 020 ☐ 5 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

(Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Fortaleza CE, 09/12/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Impressão nº 2019760913



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019**

nada mais disse.////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

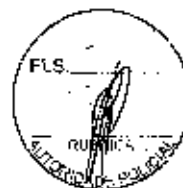
**ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Maria Saura Martins*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**THAMILES LORENA SOTELO MELO - MAT.: 3012474X**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 4289 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/10/2019 14:54:12**  
Data / Hora da Ocorrência: **05/09/2019 17:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **ROD CE 455 - MARANGUAPE/CE**  
Ponto de Referência: **FAZENDA COLUMINJUBA**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARIA SOUSA MARTINS**  
Nascimento: **28/05/1986** CPF: **025.984.443-88**  
RG: **2001010250637** Orgão Emissor: UF: **CE**  
Filiação: **MARIZETE SOUSA MARTINS**  
**ANTONIO PEREIRA MARTINS**  
Endereço: **RUA B BLOCO 25 AP 102 - PAUPINA, 255 RES. DOS**  
Bairro: **ESCRITORES**  
**MESSEJANA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.873-565**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NVB0639** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC4110BR440603** Renavam: **286481235** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **MARIA SOUSA MARTINS** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Notícia que é proprietária da motocicleta de placas NVB0639/CE; QUE no dia 05.09.2019, por volta das 17:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava com uma garupeira, a qual não foi lesionada, onde se deslocava de Fortaleza com destino ao Fazenda Columinjuba, pela Rodovia CE-455, quando nas imediações da entrada da Fazenda em Maranguape, acionou o pisca esquerdo e ao manobrar um veículo de placas não anotadas colidiu na traseira da sua motocicleta; QUE não anotou os dados do condutor do veículo ou a placa do mesmo; QUE do acidente lesionou o dedo (5º) "mindinho" da mão esquerda e queimadura na perna esquerda; QUE foi acionado para o local via 192 o SAMU, não tendo chegado, vindo a ser socorrida por meios próprios; QUE outros motociclistas que iam para o mesmo destino da declarante para trabalhar como garçonetes presenciaram o acidente, podendo indicar como testemunhas: FELIPE ROCHA SOUSA (CPF 411.657.878-90) E AMAURY BATISTA DA SILVA (CPF 802.241.133-72); QUE foi socorrida para o Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira Messejana, onde foi medicado e imobilizado o 5º dedo, posteriormente liberado; QUE no dia (15.09.2019) foi para o I.J.F, em Fortaleza, onde foi medicada e feito curativos na sua perna esquerda; QUE salienta que o acidente se deu por volta das 17:30 horas e deu entrada no Hospital por volta das 20:00 horas. E



**Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190692605**

**Vítima: MARIA SOUSA MARTINS**

**Data do Acidente: 05/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA SOUSA MARTINS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **MARIA SOUSA MARTINS**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000002558**

Conta: **00000166040-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190692605**

**Vítima: MARIA SOUSA MARTINS**

**Data do Acidente: 05/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA SOUSA MARTINS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# 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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SOUSA MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 000000166040-5

---

Nr. da Autenticação 0F7A279F3020AE9F