

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12925764

A/C: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nº Sinistro: 3180229567
Vitima: JESIANE VIEIRA GONCALVES
Data do Acidente: 10/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALOSSI DE MELO

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: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000001699-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

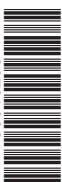
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

765.705.332-15

Nome completo da vítima

Jesiane Vieira Gonçalves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jesiane Vieira Gonçalves	CPF titular da conta 765.705.332-15	Profissão Serviços Gerais
Endereço R. Rio Janeiro	Número 43	Complemento
Bairro Caf. Amélia S. Maier	Cidade Boa Vista	Estado Roraima
Email	CEP 69.315-608	Telefone (DDD) (95) 99119-4590

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> RECUZO 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ÍTAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.: 3905 DV: 1 CONTA N.R.: 1699 DV: 3
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	N.R.		
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Boa Vista, 15 de maio de 2018

Local e Data

17 MAI 2018

Sabrina

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Capitão Júlio Bezerra, 404 - Boa Vista - RR

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180229567 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JESIANE VIEIRA GONCALVES **Data do acidente:** 10/08/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Trauma em joelho esquerdo

Descrição do exame Sinovite pós trauma. Presença de bloqueio de extensão total e ponto de gatilho em panturrilha direita. Dificuldade de médico pericial: marcha. Lesão osteocondral com estiramento do ligamento cruzado anterior

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com calha gessada por 30 dias. Realizou complementação com tratamento fisioterápico e posterior infiltração. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Presença de bloqueio de extensão total e ponto de gatilho em panturrilha direita. Dificuldade de marcha. Lesão osteocondral com estiramento do ligamento cruzado anterior

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do joelho esquerdo , portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Deborah Rodrigues

CRM do médico: 1454

UF do CRM do médico: RR

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: