

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta nº: 12925764

A/C: JESIANE VIEIRA GONCALVES

Nº Sinistro: 3180229567  
Vítima: JESIANE VIEIRA GONCALVES  
Data do Acidente: 10/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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: 765 705 332-15 CPF da Vítima: 765 705 332-15 Nome completo da vítima: Seriane Vieira Gonçalves

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Seriane Vieira Gonçalves</u>	<u>765 705 332-15</u>	<u>Servidora Geral</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>R. Rio Jacutinga</u>	<u>43</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>Def. Anacleto S. maior</u>	<u>Boa Vista</u>	<u>Roraima</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<u>69 315-608</u>	<u>(95) 99119-4590</u>

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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
<u>3905</u>	<u>1699</u>	<u></u>	<u></u>
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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.

Boa Vista, 14 de maio de 2018  
Local e Data

Seriane Vieira Gonçalves  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Sabrina  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

17-MAI-2013

Sabrina

SEGURO DPVAT S/A  
Rua Capitão João 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 médico pericial:** Sinovite pós trauma. Presença de bloqueio de extensão total e ponto de gatilho em panturrilha direita. Dificuldade de 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 termino 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:**