

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12373670

A/C: CINTIA SILVA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180020039
Vítima: CINTIA SILVA PEREIRA
Data do Acidente: 30/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO CARLOS DE PAIVA NUNES

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: CINTIA SILVA PEREIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001961

Conta: 0000067357-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180020039 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CINTIA SILVA PEREIRA **Data do acidente:** 30/10/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esquerda

Descrição do exame médico pericial: Atrofia quadricipital esquerda. Cicatrizes cirúrgicas irregulares na perna esquerda. Encurtamento do membro inferior esquerdo. Edema e limitação moderada dos movimentos do tornozelo e pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com redução e fixação metálica com placa e parafusos. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em dezembro de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Debilidade funcional moderada do membro inferior esquerdo causada pela atrofia da coxa esquerda, encurtamento do membro inferior esquerdo, edema e bloqueio articular do tornozelo e pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

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 membro inferior esquerdo, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Andre Leal

CRM do médico: 16566

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

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:



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: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CINTIA SILVA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01961

CONTA: 000000067357-9

Nr. da Autenticação F97ED42559C88321

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

069.619.763-44

Nome completo da vítima

CINTIA SILVA PEREIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CINTIA SILVA PEREIRA		CPF titular da conta 069.619.763 44	Profissão AUTÔNOMO
Endereço RUA: 01		Número 750	Complemento
Bairro Loteamento SANTO SÁTIRO	Cidade MARACANAÚ	Estado CEARÁ	CEP 61.900-000
Email necthars@yahoo.com.br			Telefone (DDD) (85) 98829-7191

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **1961** D/V ☐ CONTA NRO. **013/00067357** D/V **9**
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO. D/V ☐ CONTA NRO. 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 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.

Maracanaú/CE, 18 de dezembro de 2017

Local e Data

Cintia Silva Pereira
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

26/12/2017 HORA: 14:34:03
DATA EFETIVACAO: 26/12
CONVENIO: 000595683
OPERADOR: SHEYLA

AGENCIA: 1961
CONTA: 013:00067357-9
NOME: CINTIA SILVA PEREIRA

VALOR:

COD. OPERACAO: 103130669

2017-12-26-14.34.03.0537
97DISQUE CAIXA - 0800 72
6 0101 OUVI

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A I
AO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 M
OS CONTA MARCADA PARA RECEBIMENTO
SITO EXCLUSIVAMENTE NO CAIXA DAS AC
S.

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

05 JAN. 2017

ENTRADA