

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA SIMONE DA SILVA ALVES**

Nº Sinistro: **3180094560**

Vitima: **MARIA SIMONE DA SILVA ALVES**

Data do Acidente: **06/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180094560**.

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 12462797



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625540

A/C: MARIA SIMONE DA SILVA ALVES

Nº Sinistro: 3180094560
Vítima: MARIA SIMONE DA SILVA ALVES
Data do Acidente: 06/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ELISANGELA OLIVEIRA DA SILVA

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 SIMONE DA SILVA ALVES**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000001958**

Conta: **000008956-0**

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



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

829.208.423-15

Nome completo da vítima

MARIA SIMONE DA SILVA ALVES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARIA SIMONE DA SILVA ALVES		CPF titular da conta 829.208.423-15	Profissão RECUSOU-SE
Endereço RUA BERNARDO SIMOES DE ALMEIDA		Número S/N	Complemento
Bairro JARDIM PRIMAVERA	Cidade CASCADEL	Estado CEARA	CEP 62.850-000
Email			Telefone (DDD) 85 3334-1503

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
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☒ SEM RENDA
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ 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)

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

BANCO
Nome

BRADESCO

NRO

237

AGÊNCIA
NRO.

0716

D/V

1

CONTA
NRO.

870121

D/V

0

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(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.

DOCUMENTO ORIGINAL

27 FEV 2018

CASCADEL, 26 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Mª Simone da Silva Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180094560

Nome do(a) Examinado(a): MARIA SIMONE DA SILVA ALVES

Endereço do(a) Examinado(a): R BERNADINO SIMOES DE ALMEIDA, SN -
CASCAVEL/CE - CEP 62850-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 20072184994 - SSP-CE. -
28/10/2008

Data e Local do Acidente : 06/09/2017 - CASCAVEL, CE.

Data e Local do Exame : 19/03/2018 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -
FORTALEZA/CE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO - LUXAÇÃO TÍBIO-FEMURAL DIREITA, LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA, LESÃO COMPLETA DE LCA, COLATERAL MEDIAL E MENISCO MEDIAL.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE CASCAVEL, TRANSFERIDA PARA O FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI IMOBILIZADA E LIBERADA. FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2018, COM COMPLICAÇÃO - LESÃO LIGAMENTAR

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MARCHA COM APOIO, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL DIREITA, EDEMA DO JOELHO DIREITO ++/4+, INSTABILIDADE ARTICULAR E LIMITAÇÃO GRAVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MID, PELA ATROFIA MUSCULAR DA COXA DIREITA, EDEMA, INSTABILIDADE E BLOQUEIO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

MID.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180094560

Cidade: Cascavel

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA SIMONE DA SILVA ALVES

Data do acidente: 06/09/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação do joelho direito.
Luxação tíbio femural direita.
Luxação da patela direita.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular do joelho direito associado a edema residual, atrofia muscular quadricipital direita acarretando debilidade funcional do membro inferior direito e marcha com apoio.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento conservador das lesões apresentadas.
Realizou fisioterapia (10 sessões).
Recebeu alta médica em 01/2018.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho direito, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior direito.

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA 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: SILVIO PANTALEAO GHIU

CRM do médico: 41141

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

