

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180098972**

Vitima: **MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA**

Data do Acidente: **19/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIONE DE FREITAS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180098972**.

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 12461311



---

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº 12506704

A/C: MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180098972 ASL-0074257/18  
Vitima: MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA  
Data Acidente: 19/09/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

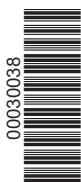
Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Carta nº: 12670638

A/C: MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180098972  
Vítima: MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA  
Data do Acidente: 19/09/2016  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

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 JOSIANE CANDIDA DE SOUZA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 0000076524-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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: 11/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 000000076524-1

---

Nr. da Autenticação 4F7BD332A5E24B99

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180098972 **Cidade:** Campo Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOSIANE CANDIDA DE SOUZA **Data do acidente:** 19/09/2016 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 07/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PE ESQUERDO

### Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL PE ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/PE ESQUERDO:50% DE 50%:25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

