

---

Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2014

Carta n°: 5668999

A/C: FLAVIA ROQUE DA SILVA

**Sinistro:** 3140013370  
**Vitima:** FLAVIA ROQUE DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/04/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **12/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/04/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6120517

A/C: FLAVIA ROQUE DA SILVA

**Sinistro:** 3140013370  
**Vítima:** FLAVIA ROQUE DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/04/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

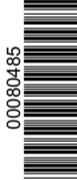
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2015

Carta n°: 6272834

A/C: FLAVIA ROQUE DA SILVA

**Sinistro:** 3140013370  
**Vitima:** FLAVIA ROQUE DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/04/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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:** FLAVIA ROQUE DA SILVA

**Valor:** R\$ 1.687,50

**Banco:** 104

**Agência:** 000000904

**Conta:** 00000026490-0

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 25%) 12,50%

<b>Valor a indenizar:</b> 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
------------------------------------------------	-----	----------

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
---------------	-----	------

<b>Juros:</b>	R\$	0,00
---------------	-----	------

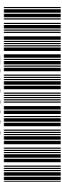
<b>Total creditado:</b>	R\$	1.687,50
-------------------------	-----	----------

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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: 02/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FLAVIA ROQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000026490-0

---

Nr. da Autenticação 926CEED282631409

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140013370

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FLAVIA ROQUE DA SILVA

**Data do acidente:** 29/04/2014

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame** DOR; CLAUDICAÇÃO; DEAMBULANDO COM AUXÍLIO DE MULETAS; MODERADA LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO  
**médico pericial:** DE JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS; ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/01/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** THIAGO DUTRA VILAR

**CRM do médico:** 52952761

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

