

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12147127

A/C: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170636101
Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 05/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

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: **RONALDO PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003906**

Conta: **0000016332-0**

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 771205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Cartão de Indenização de 24h

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

602.667.402-00

Nome completo da vítima

Ronaldo Pereira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ronaldo Pereira da Silva		CPF titular da conta 602.667.402-00	Profissão autônomo
Endereço Rua João-M Ademar Viana		Número 493	Complemento casa
Cidade Senador Heliô Campos	Cidade Boa Vista	Estado RR	CEP 69.316-588
E-mail liderbrasilista.pendencia@hotmail.com		Telefone (DDD) (95) 99117-5392	

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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA Nº 3906	DV []	CONTA Nº 46332	DV []
(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.

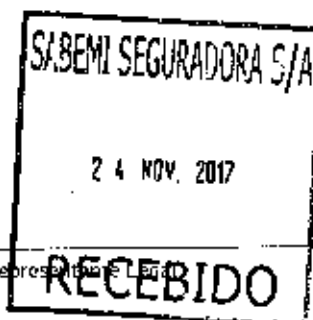
Boa Vista-RR 08 de Novembro de 2017

Local e Data

x Ronaldo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/10/2017 HORA: 17:02:46
DATA EFETIVACAO: 25/10
CONVENIO: 000658510
OPERADOR: 00858510

AGENCIA: 3806
CONTA: 013.00016332-0
NOME: RONALDO PEREIRA DA SILVA

VALOR: 4080

COD. OPERACAO: 718179269

DISQUE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

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

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2482

Ouvindo: 0800 725 7474
caixa.gov.br

SABEMI SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

RECEBIDO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170636101

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RONALDO PEREIRA DA SILVA

Data do acidente: 05/07/2017

Seguradora: CAIXA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EM TIBIA E FÍBULA A DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO: CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNA, DESVIO LATERAL DA PERNA, HIPOTROFIA DE PANTURRILHA, INSTABILIDADE PARA DEAMBULAR E SUSTENTAR O CORPO SOBRE O MEMBRO

Resultados terapêuticos: VITIMA SOFREU FRATURA EM TIBIA E FÍBULA A DIREITA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO POR OSTEOSÍNTESE E O TRATAMENTO FOI COMPLEMENTADO COM FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DESVIO LATERAL DA PERNA E INSTABILIDADE PARA DEAMBULAR E SUSTENTAR O CORPO SOBRE O MEMBRO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/12/2017

Conduta mantida:

Observações: CONFORME A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE GRAU MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

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

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anísio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

