

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12147127

A/C: RONALDO PEREIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3170636101  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO  
 DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



-00141-

**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 de 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	CPF titular da conta	Profissão
Ronaldo Pereira da Silva	602.667.402-00	autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Grão-Mil Ademir Viana	493	casa
Bairro	Estado	CEP
Senador Hélio Campos	RR	69.316-588
CPF	Telefone (DDD)	
11111111111	(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 de comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (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)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
3906	04	04	04
Informar digito se existir:	Informar digito se existir:	Informar digito se existir:	Informar digito 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

SABEMI SEGURADORA S/A

24 NOV. 2017

x Ronaldo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

25/10/2017 HORA: 17:02:45  
DATA EFETIVACAO: 25/10  
CONVENIO: 000658510  
OPERADOR: 00858510

AGENCIA: 3906  
CONTA: 013.00016332-0  
NOME: RONALDO PEREIRA DA SILVA

VALOR: 6000

COD.OPERACAO: 719179269

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101  
OUVIDORIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões, anelglos)  
Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2402  
Ouvidoria: 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** MEMBRO INFERIOR DIREITO: CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna, DESVIO LATERAL DA Perna, HIPOTROFIA DE  
**médico pericial:** 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  
OSTEOSSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

