

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12509059

A/C: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA

Nº Sinistro: 3180003824
Vítima: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA
Data do Acidente: 05/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARCOS ANTONIO DO NASCIMENTO ARAUJO

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: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001887

Conta: 0000063630-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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



Autorização de pagamento



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 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

007 449 413-62

Nome completo da vítima

Antonia Marcia Freitas da Rocha

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antonia Marcia Freitas da Rocha		CPF titular da conta 007 449 413-62	Profissão RECUSOL
Endereço Rua Fajá		Número 50	Complemento
Bairro Antonio Bezerra	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60360402
Email			Telefone (DDD) (85) 987440318

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	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ 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)	
AGÊNCIA NRO. 1887 (Informar dígito se existir)	D/V 	CONTA NRO. 63630 (Informar dígito se existir)	D/V 2 (Informar dígito se existir)

BANCO Nome 	NRO
AGÊNCIA NRO. 	D/V
CONTA NRO. 	D/V

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.

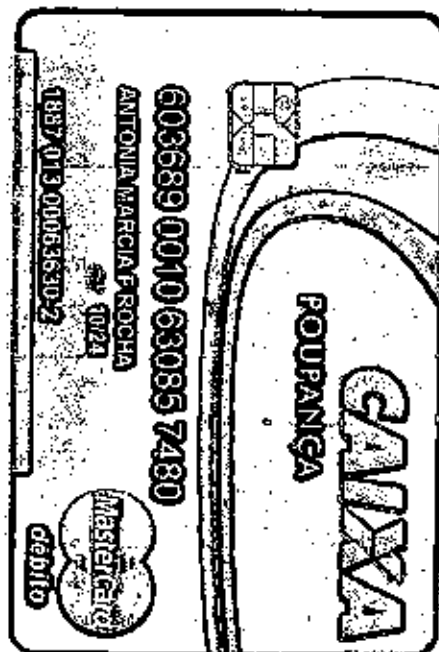
Fortaleza/CE, 18 de Dezembro de 17

Local e Data

Antonia Marcia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



22
LÍBIA CORRETORA DE SEG. UZ
21 DEZ. 2017

ASS:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180003824 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA MARCIA FREITAS DA ROCHA **Data do acidente:** 05/11/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo cranio encefálico.
Ferimento corto contuso no joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Vítima ao exame físico com cicatriz na face, sem sequelas.
Cicatriz no joelho esquerdo e lesão tendinosa com limitação da mobilidade do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Traumatismo conservador do traumatismo cranio encefálico.
Tratamento cirúrgico do joelho esquerdo com sutura.
Não realizou fisioterapia.
Alta médica (01/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: