

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta nº: 12819812

A/C: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Nº Sinistro: 3180149670  
Vítima: HELIO DOS SANTOS SOUZA  
Data do Acidente: 10/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: **HELIO DOS SANTOS SOUZA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **237**

Agência: **000000621-1**

Conta: **000002266-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 37.5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (37.5% de 70%) 26,25%

Valor a indenizar: 26,25% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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

Nome completo da vítima

046497173-02

HELIO DOS SANTOS SOUZA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	HELIO DOS SANTOS SOUZA		CPF titular da conta	046497173-02	Profissão	RECUSO-ME
Endereço	RUA SANTA MARGARIDA DO PICI		Número	21	Complemento	CARUS DO PICI
Bairro	PICI	Cidade	FORTALEZA	Estado	CE	CEP
Email					Telefone (DDD)	60511760
					Telefone (DDD)	1851986974946

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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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)

**AGÊNCIA** NRO. D/V  
 (Informar dígito se existir)

**CONTA** NRO. D/V  
 (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

**BANCO** Nome NRO.  
 BRANDESCO 237

**AGÊNCIA** NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V  
 0621 1 2266 7  
 (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.

FORTALEZA, 14 de MARÇO de 2018  
 Local e Data



Helio dos Santos Souza  
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180149670

**Cidade:** Caucaia

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** HELIO DOS SANTOS SOUZA

**Data do acidente:** 10/12/2017

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE UMEROS PROXIMAL DIREITO E ESQUERDO. FRATURA DE RADIO E ULNA A DIREITA E DE COTOVELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** SEQUELA LEVE EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO;  
SEQUELA MEDIA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DE OMBRO ESQUERDO, COTOVELO ESQUERDO E DE ANTEBRAÇO DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE OMBRO DIREITO. ALTA MEDICA. EVOLUIU COM LIMITACAO DA MOBILIDADE EM AMBOS OS MEMBROS SUPERIORES. LIMITAÇÃO LEVE DA ABDUÇÃO, ADUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO DIREITO. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO DIREITO. REDUCAO DA FORCA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. CICATRIZ CIRURGICA EM ANTEBRACO DIREITO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO, ADUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO ESQUERDO. LIMITACAO DA EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO. REDUCAO DA FORCA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. CICATRIZ CIRURGICA EM OMBRO E COTOVELO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.  
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** MARCUS BARRETO CONDE

**CRM do médico:** 52.38123-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 37,5 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

