

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Carta n°: 12819812

A/C: HELIO DOS SANTOS SOUZA

Nº Sinistro: 3180149670
Vitima: 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.

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 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

046497173-02

Nome completo da vítima

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-MI
Endereço	Rua SANTA MARGARIDA DO PICI	Número	21	Complemento	CARUS DO PICI
Bairro	PICI	Cidade	FORTALEZA	Estado	CE
Email	185) 986974946				

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 _____

CONTA NRO. _____ D/V _____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRADESCO

NRO. 237

AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____

0621 1

(Informar dígito se existir)

CONTA NRO. _____ D/V _____

2266 7

(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.

Fonteza, 14 de MARÇO de 2018

Local e Data

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 UMERO PROXIMAL DIREITO E ESQUERDO. FRATURA DE RÁDIO E URNA A DIREITA E DE COTOVELO ESQUERDO.

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

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OMBRO ESQUERDO, COTOVELO ESQUERDO E DE ANTEBRAÇO DIREITO. TRATAMENTO CONSERVADOR DE OMBRO DIREITO. ALTA MEDICA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO 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. REDUÇÃO DA FORCA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO. CICATRIZ CIRÚRGICA EM ANTEBRAÇO DIREITO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO, ADUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO. REDUÇÃO DA FORCA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO. CICATRIZ CIRÚRGICA 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "ARMANDO S. ARAUJO".