

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:

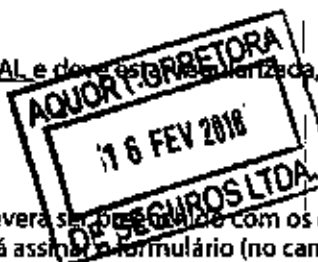
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar 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

035.878.953-25

Nome completo da vítima

Giovane Rabelo Saraiva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Giovane Rabelo Saraiva		CPF titular da conta 035.878.953-25		Profissão Recuso	
Endereço Sítio Impera		Número SIN		Complemento Casa	
Bairro Zona Rural	Cidade Marada Nova	Estado Leão	CEP 62.940-000	Telefone (DDD) (88) 9.9729-2012	
Email					

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.

DIV.

CONTA

NRO.

DIV.

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Banco do Brasil

NRO.

001

AGÊNCIA

NRO. **0863**

DIV. **7**

CONTA

NRO. **39838**

DIV. **1**

(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.

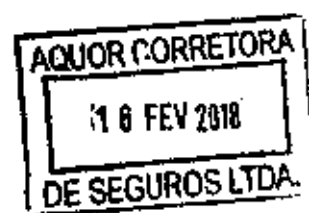
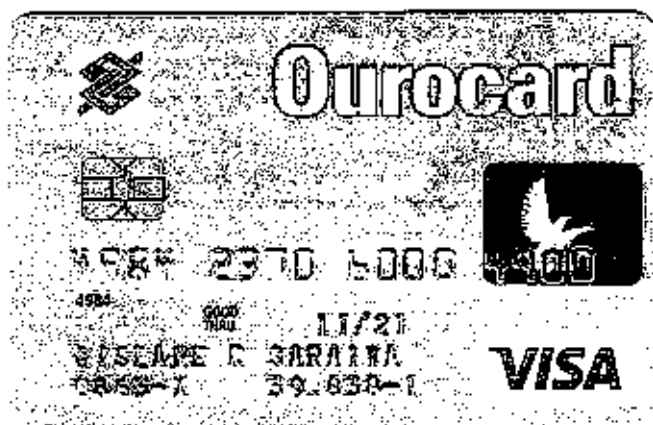
Marada Nova, 17 de Janeiro de 2018

Local e Data

Giovane Rabelo Saraiva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Carta nº: 12639548

A/C: GISLANE RABELO SARAIVA

Nº Sinistro: 3180090859
Vítima: GISLANE RABELO SARAIVA
Data do Acidente: 20/12/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ROSIMAR RABELO SARAIVA

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: **GISLANE RABELO SARAIVA**

Valor: **R\$ 5.062,50**

Banco: **001**

Agência: **000000863-X**

Conta: **0000039838-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =	R\$	5.062,50
---	-----	----------

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



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180090859 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GISLANE RABELO SARAIVA **Data do acidente:** 20/12/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do sexto arco costal à direita, fratura exposta do 5º metatarso direito e do 5º pododáctilo direito.

Descrição do exame médico pericial: Periciado apresenta, ao exame físico de pé direito, dificuldade para deambular afetando o pé como um todo, marcha claudicante, edema residual local, cicatrizes cirúrgicas no pé a direita. Diminuição de mobilidade em flexão, para movimentos específicos: apoio na ponta do pé e flexão forçada. Redução nos movimentos de eversão e inversão de pé, tendo em vista a redução das funcionalidades citadas anteriormente. Apresenta membro inferior com trofismo mantido e sem prejuízo de força motora, de modo que a lesão restringe-se ao pé. Com relação à fratura de 6º arco costal à direita, após avaliação, não foi constatada presença de sequela decorrente da lesão, eis que o periciado apresenta preservada a mobilidade total da estrutura torácica, sem prejuízo à insuflação e desinsuflação pulmonar.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou no estágio inicial das lesões, isto é, logo após o acidente, fratura do sexto arco costal à direita, fratura exposta do 5º metatarso direito e do 5º pododáctilo direito, de severa restrição. Com o intuito de reduzir ou curar as lesões, foram realizados os tratamentos medicamentoso, conservador, cirúrgico e fisioterápico, tendo o estágio clínico evolutivo demonstrado melhora discreta. Atualmente, considerando as medidas terapêuticas, a evolução clínica das lesões, o tempo decorrido do sinistro, além do exame físico realizado, tem-se que as sequelas são permanentes no pé direito, não restando sequelas na estrutura torácica e inexistindo medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta de pé direito, em grau intenso, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusebio Teixeira Rocha

CRM do médico: 4774

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

PRESTADOR

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

Médico revisor: Antônio Júlio Romero Quintanilha

CRM do médico: 5019

UF do CRM do médico: RS

Assinatura do médico:

