

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta n°: 12625428

A/C: FRANCISCO RICARDO CARDOSO

Nº Sinistro: 3180120084
Vitima: FRANCISCO RICARDO CARDOSO
Data do Acidente: 06/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIA CLAUDIA ARAUJO FERREIRA

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: FRANCISCO RICARDO CARDOSO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003389

Conta: 0000029722-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

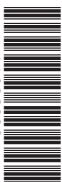
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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



Para mais esclarecimentos, consulte o site www.liderseguradora.com.br ou ligue para o SAC Lider: 0800 0221304 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PAGAMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem restrição, 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 da indenização solicitada.

É obrigatório o preenchimento do campo:

Beneficiário (entre 16 e 30 anos) (pai, mãe, tutor) ou o menor com tutoria. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Agente ou Representante Legal (deverá assinar o formulário (no campo 3 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 37 anos - Necessário que o Beneficiário seja assinado 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 da idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número da Série ou ASL

CPF do Beneficiário

014-653-343-95

Nome completo do filha:

Francisco Ricardo Pardosa

DADOS DO RESENTE DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Ricardo Pardosa	014-653-343-95	Vendedor
Endereço	Número	Complemento
Avenida: Instituto Nossa Senhora da Penha, 151	3102	Casa
Bairro	Cidade	Estado
Riachuelo	Teresina	Piauí
E-mail	CEP	Telefone (DDI)
	64.000-000	66-39537-1808

Declaro, sob a pena de lei e para fins de prova de residência, que a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

PARA DE PAGAMENTO MENSAL E BANCOS BANCÁRIOS		14 MAR 2010	SEGURO S/A
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	00 994 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	00 995,00 RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA PESOAGEM (Somente para os bancos acima. Adicione uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Somente os bancos acima)	
<input type="checkbox"/> BRADÉSICO (247) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> 0340 941		BANCO	
<input type="checkbox"/> BANCA ECONÔMICA FEDERAL (1104)		Nome	
Agência	DN	Residência	DN
Nº:		Nº:	
3389			
Informar digito verificador	00000 722 00	Informar digito verificador	00000 000 00

Declaro que os dados bancários são da minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço a dota plena quitação do valor indenizado.

Teresina - PI, 07 de maio de 2010

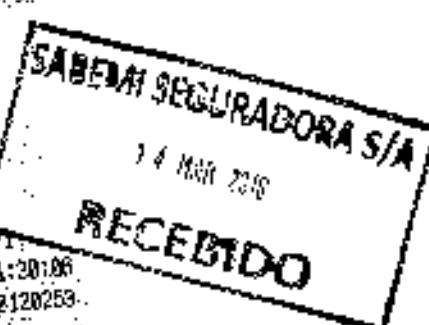
Loyal e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU-PI
DATA: 07/03/2018 HORA: 11:30:06
TERMINAL: 20041012 CONTROLE: 200412120253
CONPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO.
CONTA CREDITADA: 3369.013.02029722-0
NOME: FRANCISCO RICARDO CARVALHO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180120084 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RICARDO CARDOSO **Data do acidente:** 06/10/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA COM IMPORTANTE DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO E DOS MOVIMENTOS DE PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO DIREITO ASSOCIADO A DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR ARTICULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO EXTERNO POR 05 MESES. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

