

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2018

Carta nº: 12625428

A/C: FRANCISCO RICARDO CARDOSO

Nº Sinistro: 3180120084  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.supersociedade.com.br](http://www.supersociedade.com.br) ou ligue para o SAC SUPERSOCIEDADE 0800 0221304 ou 0800 221205 (exceto 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 da indenização solicitada.

É obrigatório o representante legal para:

Beneficiário menor de 18 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 poderá assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário menor de 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja autenticado 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 do Seguro ou APL: 024-653-343-95 CPF do Vítima: 024-653-343-95 Nome completo do Vítima: Francisco Ricardo Cardoso

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

Nome completo	<u>Francisco Ricardo Cardoso</u>	CPF titular da conta	<u>024-653-343-95</u>	Profissão	<u>Advogado</u>
Endereço	<u>Avenida Santos Nogueira, 1000</u>	Município	<u>5110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Rural</u>	Cidade	<u>Tejupia</u>	Estado	<u>PI</u>
E-mail				CEP	<u>64-000-000</u>
				Telefone (DDD)	<u>86-39524-1808</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que a Seguradora Líder - DPVAT, reside no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA ANUAL E DADOS BANCÁRIOS**

☐ R\$ 0,00 ATE R\$ 5.000,00 ☒ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 10.001,00 ATE R\$ 15.000,00 ☐ R\$ 15.001,00 ATE R\$ 20.000,00

☐ OUTRA INSTITUIÇÃO (Informe para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (031) ☐ ITAÚ (941)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ OUTRA INSTITUIÇÃO (Informe os dados)

BAIXO

ALTO

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

Assinatura

CPF

(Informar dígito verificador)

(Informar dígito verificador)

(Informar dígito verificador)

(Informar dígito verificador)

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.

Tejupia - PI, 04 de Maio de 2018

Lugar e Data

Francisco Ricardo Cardoso

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG. AREOLINO DE ABREU - FI  
DATA: 07/03/2018 HORA: 11:20:06  
TERMINAL: 20041012 CENTRO: 200412120253

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 3359.013.02029722-0  
NOME: FRANCISCO RICARDO CARDOZO

SABEM SEGURADORA S/A  
14 MAR 2018  
RECEBIDO

# 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:**

