

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Carta n°: 12643636

A/C: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180134169  
**Vitima:** ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO  
**Data do Acidente:** 30/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WELLITON JOSE GADELHA FARIAS II

**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: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001101**

**Conta: 000005366-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

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

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%**

**Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50**

**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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180134169      **Cidade:** Goianinha      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 30/12/2017      **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TALA COM AXILO-PALMAR E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE, EVOLUINDO COM SEQUELA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL / MS ESQUERDO: 25% DE 70%

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

---

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

**Nº Sinistro:** 3180134169

**Vitima:** ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

**Data do Acidente:** 30/12/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** WELLITON JOSE GADELHA FARIAS II

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180134169.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCIO DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01101

CONTA: 00000005366-3

---

Nr. da Autenticação 5A9A3129429BCE00