

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142667

A/C: FRANCISCO VALDENIO MACIEL MARTINS

Nº Sinistro: 3180284274  
Vítima: FRANCISCO VALDENIO MACIEL MARTINS  
Data do Acidente: 25/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CELSO GOMES PINHEIRO

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 VALDENIO MACIEL MARTINS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000034762-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

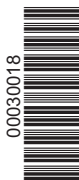
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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 <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 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

06 6 942 50350

Nome completo da vítima

FRANCISCO VALDENIO M. MARTINS

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

Nome completo FRANCISCO VALDENIO MACIEL MARTINS		CPF titular da conta 00694250350	Profissão vendedor
Endereço R. NSA DOS PRAZERES		Número 945	Complemento CS A
Bairro ACUDE	Cidade CAUCAIA	Estado CEARA	CEP —
Email		Telefone (DDD) (85) 999890779	

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

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO	
AGÊNCIA NRO.		D/V	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)		D/V	(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

3281

D/V

CONTA

NRO.

347620

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura, 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.

Caucacia, 06 de Abril de 2018

Local e Data

*Francisco Valdenio Maciel Martins*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
10 ABR, 2018  
ASS: \_\_\_\_\_

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180284274 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO VALDENIO MACIEL MARTINS **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA ASSOCIADA À LESÃO DO LIGAMENTO TÍBIO FIBULAR.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO MODERADO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO, BLOQUEIO SEVERO DA DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO DIREITO E HIPOTROFIA MUSCULAR COM REDUÇÃO DA FORÇA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA. MARCHA COM AUXÍLIO DE MULETAS.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA TÍBIA, NÃO HÁ RELATO DE REPARAÇÃO DE LESÕES DE PARTES MOLES. REALIZOU FISIOTERAPIA. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima possui sinistro anterior referente a outro acidente ocorrido em 02/03/2012 com análise médica documental realizada em 04/07/2012. A indenização paga foi referente a dano total anatômico do 3º quirodáctilo direito.

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

