

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta n°: 13142667

A/C: FRANCISCO VALDENIO MACIEL MARTINS

**Nº Sinistro:** 3180284274  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

**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

Nome completo da vítima

06694250350

FRANCISCO VALDENÍO M. MARTINS

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

Nome completo FRANCISCO VALDENÍO MACSEL MARTINS	CPF titular da conta 06694250350	Profissão vendedor
Endereço R. NSA DOS PRAZERES	Número 945	Complemento CS A
Bairro ACUDE	Cidade CAUCAIA	Estado CEARA
Email	CEP —	
Telefone (DDD) (85) 499890779		

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  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA  
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00  
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
NRO.

3281

D/V

CONTA  
NRO.

347620

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA

NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

ASS: \_\_\_\_\_

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

Ribeirão, 06 de Outubro de 2018

Local e Data

Francisco Valdenío Macsel 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 OSTE OSSÍNTESE 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## 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:**

