

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Carta nº: 12643235

A/C: FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL

Nº Sinistro: 3180038831  
Vítima: FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL  
Data do Acidente: 29/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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 JOSE CARLOTA BRASIL

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000920

Conta: 0000042456-4

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**





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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 a 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo representante legal (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

029 845 83302

Francisco José Carlotto Brasil

17 JAN. 2018

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

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Francisco José Carlotto Brasil

029 845 83302

Autônomo

Endereço

Número

Complemento

15 Conj. Alameda Palmeiras

49

Ap303 Bl. 10 9032-1709

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Imobiliária

Fortaleza

Ceará

60000000

E-mail

Telefone (DDD)

ms@carlotto.com.br

85 3226 1683

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**

☒ RECURSO 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

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

BANCO

Nº

0920

0920

0920

0920

Informe dígito se necessário

Informe dígito se necessário

Informe dígito se necessário

Informe dígito se necessário

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.

Fortaleza 19 de dezembro de 2017  
Local e Data

FRANCISCO JOSÉ CARLOTTO BRASIL

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180038831 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL **Data do acidente:** 29/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA PATELA DIREITA E ENTORSE DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** MARCHA CLAUDICANTE, ATROFIA MUSCULAR QUADRICIPITAL DIREITA, CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO DIREITO, EDEMA RESIDUAL DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, CREPITAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO JOELHO E LEVE/MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK, PARA O JOELHO DIREITO E CONSERVADOR, ATRAVÉS DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA, PARA O TORNOZELO DIREITO. FEZ FISIOTERAPIA.  
A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA VICIOSA.  
COMPLICAÇÕES: CREPITAÇÃO ARTICULAR.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Alessandra Duraes Altaf

**CRM do médico:** 16562

**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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

