

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

Carta n°: 12643235

A/C: FRANCISCO JOSE CARLOTA BRASIL

Nº Sinistro: 3180038831
Vitima: 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%

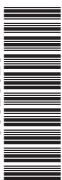
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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.

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 0221256 (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/embolso.

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 assinado por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo responsável pela menoridade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: 029 845 83302 | CPF da Vítima: 029 845 83302 | Nome completo da vítima: Francisco José Carlotto Brasil | Data: 17 JAN. 2018

**INVESTPREV
SEGURADORA S/A**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Francisco José Carlotto Brasil</u>	<u>029 845 83302</u>	<u>Autônomo</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Av. Sete 25 Centro Palmeira</u>	<u>49</u>	<u>Ap 102 bl 10 andar</u>
Bairro	Cidade	CEP
<u>Palmeira</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>60000000</u>
E-mail	Estado	Teléfono (DDD)
<u>mfjcarlotto@gmail.com</u>	<u>Ceará</u>	<u>85 3226 1683</u>

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

ENTRADA

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Indicar para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (Indicar os Bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (331)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> BANCO (341)	<input type="checkbox"/> BANCO (001)
AGÊNCIA ECONÔMICA FEDERAL (004)		AGÊNCIA	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<u>09 20</u>	<u>52 456 141</u>	<u>09 20</u>	<u>52 456 141</u>
Informar dia e mês	Informar dia e mês	Informar dia e mês	Informar dia e mês

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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 QUADRÍCIPITAL 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:

