

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Carta n°: 12784172

A/C: VALDIR CALIXTO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180174013
Vitima: VALDIR CALIXTO DA SILVA
Data do Acidente: 25/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

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: **VALDIR CALIXTO DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002004**

Conta: **0000088634-2**

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%

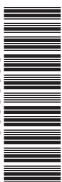
Valor a indenizar: **35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00**

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.seguradoraslider.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 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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisa 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" (campo 1 - Assinatura do Beneficiário) e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sínistro ou ASL

CPF da Vítima

446.483.613-91

Nome completo da vítima

Waldir Calixto da Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Waldir Calixto da Silveira

Endereço

Rua: Auro Verde

Parque Brasil II

Cidade

Resende

Email

CPF titular da conta

446.483.613-91

Profissão

Pedreiro

Número

3810

Complemento

ap 2290

Estado

Piúvi

CEP

Telefone (DDD)

(86) 984729591

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

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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. _____ D/V. _____

(Informar digito se existir) _____

(Informar digito se existir) _____

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.

Thi, Pi, 02 de 02 de 18

Local e Data

Waldir Calixto da Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
POUPANÇA

4392 6719 1086 7957

VALDIR CALIXTO DA SILVA

2004 013 00088634-2

10/24

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

Electron



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180174013 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR CALIXTO DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA, METADIAFISARIA DISTAL DA FIBULA/ FRATURA EXPOSTA DO PE ESQUERDO - FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO HALUX, FRATURA DO 3º DEDO, FRATURA DA CABECA DO 4º METATARSO, FRATURA DO 5º METATARSO E DO 5º DEDO.

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO: FIXADOR EXTERNO NO TORNOZELO ESQUERDO + NO HALUX E NO 3º DEDO DO PE ESQUERDO + AMPUTACAO DO 5º DEDO DO PE ESQUERDO. APOS 4 DIAS, EVOLUIU COM NECROSE E AMPUTACAO DO HALUX ESQUERDO. FEZ 10 SESSOES DE FISIOTERAPIA E ENCONTRA-SE DE ALTA MEDICA. AMPUTACAO TOTAL DO 1º E DO 5º RAIOS DO PE ESQUERDO. HIPOTROFIA DO PE ESQUERDO, LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO 2º, 3º E 4º DEDOS, LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO, LIMITACAO DA INVERSÃO/EVERSÃO DO PE. DEFICIT DO APOIO PLANTAR, DEFICIT DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM REPERCUSSAO NA MARCHA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/04/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

CRM do médico: 52.49515-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria de Fátima Furtado Melo".

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **VALDIR CALIXTO DA SILVA**

Sinistro: **3180174013**
Vítima: **VALDIR CALIXTO DA SILVA**
Data do Acidente: **25/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180174013** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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

