

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta nº: 12755505

A/C: MARCOS AURELIO GOMES PRADO

Nº Sinistro: 3180143117
Vítima: MARCOS AURELIO GOMES PRADO
Data do Acidente: 06/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GILVANDO CLEMENTINO DE FARIAS FILHO

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: MARCOS AURELIO GOMES PRADO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003962

Conta: 000001004146-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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 superiores 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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 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 ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

455.262.063-00

Marcos Aurelio Gomes Prado

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcos Aurelio Gomes Prado	CPF titular da conta	455.262.063-00	Profissão	Desempregado
Endereço	Rua C Casa 1000	Número	1000	Complemento	Casa 1000
Bairro	Umas Macedo	Cidade	Fontalva	Estado	Ceara
Email		CEP	60860-425	Telefone (DDD)	(85) 988863390

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.

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 ☐ 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) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO SANTANDER

AGÊNCIA Nº: D/V: CONTA Nº: D/V:
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

AGÊNCIA Nº: 3962 D/V: CONTA Nº: 01004146 D/V: 4
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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.

Fontalva de Março de 2018
 Local e Data

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 28 MAR. 2018

Marcos Aurelio Gomes Prado
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180143117

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS AURELIO GOMES PRADO

Data do acidente: 06/01/2018

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do úmero esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Bloqueio articular e lesão tendinosa com limitação da flexo extensão do cotovelo esquerdo e da prono supinação do antebraço esquerdo, hipotrofia muscular e diminuição da força de sustentação do membro superior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico, redução da fratura e sutura de partes moles e posterior fixação da fratura.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (04/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/04/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do membro superior esquerdo.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: