

Rio de Janeiro, 05 de Maio de 2018

Carta n°: 12755505

A/C: MARCOS AURELIO GOMES PRADO

Nº Sinistro: 3180143117  
Vitima: 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%

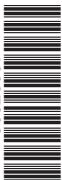
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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](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 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

Recurso-se

Endereço

Rua C Casa 1000

Número

1000

Complemento

Casa 1000

Bairro

Viás Maceb

Cidade

Fortaleza

Estado

Ceará

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)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

#### X CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

SANTANDER

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

3962

(Informar dígito se existir)

01004146 4

(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 agencia e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fonte

de Marco

de 2018

Local e Data

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
28 MAR. 2018

Marcos Aurelio Gomes Prado

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ASS

# 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** Bloqueio articular e lesão tendinosa com limitação da flexo extensão do cotovelo esquerdo e da prono supinação do  
**médico pericial:** 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 termo 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

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

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**