

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta nº: 12793424

A/C: MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR

Nº Sinistro: 3180158462
Vítima: MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR
Data do Acidente: 13/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: TANIA HELENA FRACALLOSSI DE MELO

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: **MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **0000059217-X**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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 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 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 ASL: _____ CPF da Vítima: 019.457.722-80 Nome completo da vítima: Manoel Acácio Santos Júnior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Manoel Acácio Santos Júnior</u>		CPF titular da conta <u>019.457.722-80</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>R: Das Orquídeas</u>		Número <u>208</u>	Complemento
Bairro <u>Jardim Primavera</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69.314-206</u>
E-mail		Telefone (DDD) <u>(95) 99151-5466</u>	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (037) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (194)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚM. _____ (Informar dígito se existir)		BANCO NOME <u>Banco Brasil</u> NÚM. <u>001</u>	
CONTA NÚM. _____ (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NÚM. <u>4263</u> DÍG. <u>3</u>	
		CONTA NÚM. <u>59217</u> DÍG. <u>X</u>	

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.

Boa Vista, 20 de março de 2018
Local e Data

Manoel Acácio Santos Júnior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180158462 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR **Data do acidente:** 13/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA EDEMA CRÔNICO E DESVIO MEDIAL DO CALCÂNEO DIREITO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PLANTIFLEXÃO, DORSIFLEXÃO E ROTAÇÕES DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO POR TALA GESSADA, COMPLEMENTANDO COM TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/04/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MODERADO.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

