

Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2018

Carta n°: 12793424

A/C: MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR

**Nº Sinistro:** 3180158462  
**Vitima:** MANOEL ACACIO SANTOS JUNIOR  
**Data do Acidente:** 13/12/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** TANIA HELENA FRACALOSSI 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**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](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 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 jantes júnior

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

manoel acácio jantes júnior

CPF titular da conta

019.457.722-80

Profissão

Estudante

Endereço

R: Nas Orquídeas

Número

208

Complemento

Bairro

Jardim Primavera

Cidade

Bon Vista

Estado

Rosânia

CEP

69.314-206

Brasil

Telefone (DDD)

(65) 99151-5466

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

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

ACIMA DE R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRASILEIRO (237)  BANCO DO BRASIL (091)  ITAÚ (Brasil)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (194)

AGÊNCIA

Nº

DNB

Nº

CONTA

Nº

DNB

Nº

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

Banco Brasil

1.001

AGÊNCIA

Nº

DNB

Nº

CONTA

Nº

DNB

Nº

42.63

3

59.217

X

(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.

Boa Vista, 20 de março de 2018

Local e Data

manoel acácio jantes júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

0-9 ABR-2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Mário Bezerra, 104 - Boa Vista - RR

# 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** APRESENTA EDEMA CRÔNICO E DESVIO MEDIAL DO CALCÂNEO DIREITO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE  
**médico pericial:** 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, PERMANECEU 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

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

## PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

**Médico revisor:** Anderson Anisio

**CRM do médico:** 52.25458-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

