

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO RICARDO DA ROCHA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02318-3

CONTA: 000000023586-5

Nr. da Autenticação D137EDF3142383BD

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2018

Carta nº: 12730401

A/C: PAULO RICARDO DA ROCHA

Nº Sinistro: 3170638272
Vítima: PAULO RICARDO DA ROCHA
Data do Acidente: 04/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: **PAULO RICARDO DA ROCHA**

Valor: **R\$ 7.087,50**

Banco: **001**

Agência: **000002318-3**

Conta: **0000023586-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 ASL

CPF da Vítima

094.631.284-25

Nome completo da vítima

PAULO RICARDO DA ROCHA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo PAULO RICARDO DA ROCHA		CPF titular da conta 094.631.284-25		Profissão PROFISSIONAL	
Endereço RUA MOSE AVELINO DA ROCHA		Número 52		Complemento	
Bairro CENTRO		Estado RJ		CEP 29.184-000	
Cidade VERA CRUZ		UF RJ		Telefone (DDD) (84) 98734-0398	
Email				Celular (DDD) (84) 98791-8695	

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO BANCO DO BRASIL AGENCIA 2318 D/V 3 CONTA 23586 D/V 15	

(Informar dígito 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.

VOTA RJ, 27 de NOVEBRO de 2017

Local e Data

Paulo Ricardo da Rocha

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

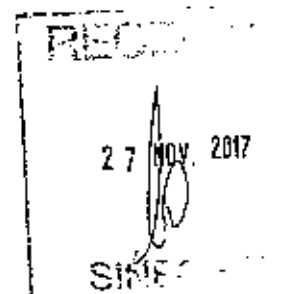
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Cliente : 516545360 PAULO RICARDO DA ROCHA

CPF : 094.631.284-25

Operações onde o cliente possui participação ATIVA.

Nr	Produto/Modalidade	Nr.Operação	Titulari.	GS Agênci	Sit. Operação
01	CONTA CORRENTE PF CO	23.586-5	1	01 2318-3	Ativa ✓
02	PESSOA FISICA	23586	1	33 2318-3	Ativa



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170638272 **Cidade:** Vera Cruz **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO RICARDO DA ROCHA **Data do acidente:** 04/06/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQUERDO COM PERDA EXTENSA ÓSSEA AO NÍVEL DO CÔNDILO LATERAL FEMORAL.

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA MOBILIDADE DE FLEXÃO DE JOELHO ESQUERDO, ATROFIA DE MUSCULATURA DE COXA ESQUERDA, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, FERIDAS OPERATÓRIAS CICATRIZADAS AO NÍVEL DA COXA ESQUERDA, CLAUDICAÇÃO AS CUSTAS DE MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: RX DE COXA DEMONSTRA PLACA AO NÍVEL DE FEMUR ESQUERDO COM COLOCAÇÃO DE PARAFUSOS E PERDA DE CÔNDILO LATERAL FEMORAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba