

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: 19/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000018730-5

Nr. da Autenticação D799DA968167364B

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** (não 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 precisa 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

Nome completo da vítima

007.313.353-44

José Luiz Gomes de Souza
Junior

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

José Luiz Gomes de Souza Junior

CPF titular da conta

021.313.353-11

Profissão

Funcionário

Endereço

Rua. Nossa Senhora

Número

00150-35

Complemento

Bairro

Estado

Rio de Janeiro

CEP

Cidade

Bom Princípio

Cidade

RJ - Rio de Janeiro

Email

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

RECUZO 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)

JIBRASDÉCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (241)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome:

Nº:

Agência:

Nº:

Conta:

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

CONTA

Nº:

CONTA

Nº:

CONTA

Nº:

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

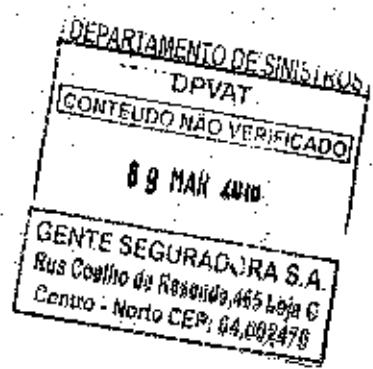
14/01/2014 de 03 de 58

Local e Data

José Luiz Gomes de Souza Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180111721 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA **Data do acidente:** 12/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FEMUR ESQUERDO (TERCO MEDIO DISTAL)

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NO FEMUR ESQUERDO. FEZ 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM AUMENTO DE VOLUME E HIPOTONIA DE COXA ESQUERDA COM BLOQUEIO ACENTUADO DA FLEXO / EXTENSÃO DO JOELHO A ESQUERDA E COM REPERCUSSÃO IMPORTANTE NA MARCHA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações: REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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 médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| | | Total | 35 % | R\$ 4.725,00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12706860

A/C: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180111721
Vitima: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA JUNIOR
Data do Acidente: 12/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

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: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA JUNIOR

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000029

Conta: 0000018730-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 inferiores 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

