

# 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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradalider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

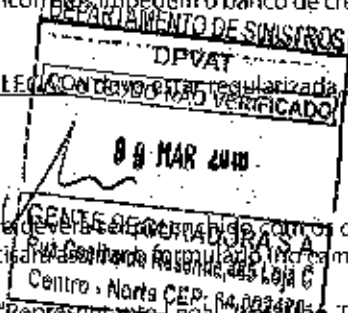
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, com o nome regularizado, 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

027-311-353-44

José Luiz Gomes de Sousa Junior

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

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

José Luiz Gomes de Sousa Junior 027-311-353-11 Mandatário

Endereço

Número

Complemento

R. W. Luis Quer

02-15 C-35

Cidade

Cidade

Estado

CPF

Boim Principio

Parana

Paraná

E-mail

Telefone (DDD)

161994729591

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**

☒ 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 (232)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

0029

03

58130

5

(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 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.

14, Pi 07 de 03 de 18

Local e Data

José Luiz Gomes de Sousa Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA

COMPANHIA DA CAIXA

003689 0000 49826 2812

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
09 MAR 2010  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G  
Centro - Niteroi CEP: 24.092-476

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 nº: 12706860

A/C: JOSE LUIZ GOMES DE SOUSA JUNIOR

Nº Sinistro: 3180111721  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

