

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FILHO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01637-3

CONTA: 000010006561-9

---

Nr. da Autenticação E2E01728320DBBE1

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180502960      **Cidade:** Teresina      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FILHO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 17/05/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA DISTAIS ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE ÓSSEA, COM ALTERAÇÃO DA COLORAÇÃO NO TERÇO DISTAL DA Perna DIREITA POR PROVÁVEL INSUFICIÊNCIA VENOSA, DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO (ADM EM 10%) DO TORNOZELO ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA. ALTA DO TRATAMENTO EM AGOSTO DE 2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INFORMA NÃO HAVER SEQUELA OCASIONADA POR ACIDENTE ANTERIOR. NÃO TROUXE DOCUMENTAÇÃO DE ACIDENTE PRÉVIO.

Indenização em grau intenso do tornozelo E devido a limitação da flexo-extensão articular. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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 intenso - 75 %                                      | 18,75%           | R\$ 2.531,25                 |
| <b>Total</b>                                 |   |   | <b>18,75 %</b>   | <b>R\$ 2.531,25</b>          |

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**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 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

356.729.482-00

Nome completo da vítima

Antonio Filho dos Santos

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

|   |  |                        |
|---|--|------------------------|
| Nome completo<br>Antonio Filho dos Santos | CPF titular da conta<br>356.729.482-00 | Profissão<br>motorista |
| Endereço<br>Rua Miguel Lonto              | Número<br>2445                         | Complemento<br>esca    |
| Bairro<br>Lourival Parente                | Cidade<br>Teresina                     | Estado<br>PI           |
| Email                                     | CEP<br>64023-550                       |                        |
| Telefone (DDD)<br>(86) 3303-4104          |  |                        |

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00        |

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                          |          |                        |          |
|--------------------------|----------|------------------------|----------|
| AGÊNCIA<br>NRO.<br>36 37 | D/V<br>3 | CONTA<br>NRO.<br>6.561 | D/V<br>7 |
|--------------------------|----------|------------------------|----------|

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|               |  |      |  |
|---------------|--|------|--|
| BANCO<br>Nome |  | NRO. |  |
|---------------|--|------|--|

|                 |     |               |     |
|-----------------|-----|---------------|-----|
| AGÊNCIA<br>NRO. | D/V | CONTA<br>NRO. | D/V |
|-----------------|-----|---------------|-----|

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.

Teresina, 14 de Setembro de 2018

Local e Data

Antonio Filho dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
12/09/2018 - Autoatendimento - 08:59:30  
839770449 0125

EXTRATO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA  
EXTRATO DE POUPANCA OURO/POUPEX

|           |                          |
|-----------|--------------------------|
| AGENCIA:  | 1637-3                   |
| CONTA:    | 6.561-7                  |
| VARIACAO: | 51                       |
| CLIENTE:  | ANTONIO FILHO DOS SANTOS |

|                      |       |
|----------------------|-------|
| DATA DT.BS HISTORICO | VALOR |
| Agosto/2018          |       |

