

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: 01/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CEZAR FERREIRA ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03423

CONTA: 00000002577-1

Nr. da Autenticação 3584A86DB61AD1FB

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Carta n°: 13201928

A/C: CEZAR FERREIRA ALVES

Nº Sinistro: 3180234090
Vitima: CEZAR FERREIRA ALVES
Data do Acidente: 22/03/2018
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: CEZAR FERREIRA ALVES

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 104

Agência: 000003423

Conta: 000002577-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.050,00

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 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.

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 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 Grau de parentesco do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem limite de crédito para o crédito de indenização/reembolso.

E 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 NSL

CPF da vítima

021.416.022.03

Nome completo da vítima

Cezar Ferreira Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CEZAR FERREIRA ALVES	CPF titular da conta	021.416.022.03	Profissão	INVESTIDOR
Endereço	ATL JPC Branco	Número	1521	Complemento	Vila das Flores
Bairro	Interior	Estado	SP	CEP	927.900-3301-6477
Empr.		Telefone (DDDI)	(68) 99918-3322		99958-0485

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segui, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLAMO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,01 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,01 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 POPUPNICA (Somente para os bancos abaixo. Assimile uma opção)		% CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		DANCO Nome _____ Agência _____ Conta _____ DV _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (114)			
AGÊNCIA Nro. _____ Ag. _____ Conta _____ DV _____ (Informar agência e conta) (Informar digito se existir)		CORRIDA Nro. _____ Ag. _____ Conta _____ DV _____ (Informar agência e conta) (Informar digito 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.

Recebi o crédito 14 de Maio de 2018

Local e Data

Cezar Ferreira Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180234090 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CEZAR FERREIRA ALVES **Data do acidente:** 22/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de antebraço esquerdo (diafise de ulna)
 Fratura colo de 5to metatarso do pé esquerdo

Descrição do exame médico pericial: MSE: cicatriz cirurgica de 15 cm na regiao ulnar do antebraço, hipotrofia do antebraço, limitação funcional no punho pra a extensao a 50 graus e flexao a 70 graus, pronação a 70 graus e supinação a 80 graus.e redução da força muscular do membro.
 Pé esquerdo: deformidade no dorso do pé, aumento de volume no dorso do pé, limitação funcional com reduçao da flexoextensao das metatarsofalangicas, e redução da força muscular do pé.

Resultados terapêuticos: Tratamento: cirurgico com placa e parafusos na ulna esquerda e tratamento conservador no pé esquerdo., e fisioterapia.

Alta: Julho de 2018.

Sequelas permanentes: Limitação funcional no punho e no antebraço esquerdo e redução da força muscular do membro.
 Limitação funcional no pé esquerdo (flexoextensao metatarso falangicas) e redução da força muscular do pé

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/07/2018

Conduta mantida:

Observações: NA AVALIAÇÃO MÉDICA DESCrito PELO COLEGA EXAMINADOR, O SEGURADO APRESENTA SEQUELA FUNCIONAL COM DANO PARCIAL E PERMANENTE INDENIZÁVEL CONFORME ART 31 DA LEI 11.945/2009

Médico examinador: JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

CRM do médico: 1820

UF do CRM do médico: RO

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "A. Ferreira".