

# 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: 28/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000003885-6

---

Nr. da Autenticação B98D2609171E1419

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13052669

A/C: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180267318  
Vítima: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA  
Data do Acidente: 23/02/2018  
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: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002004

Conta: 000003885-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180267318 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. FRATURA ACRÔMIO CLAVICULAR À ESQUERDA. FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO. FRATURA DO 10º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA DISCRETA DIMINUIÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA DA BOCA. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, ELEVAÇÃO E ADUÇÃO DO OMBRO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR. NÃO SE OBSERVA DÉFICIT FUNCIONAL DO TÓRAX.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FACE. TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA NO PUNHO DIREITO E OMBRO ESQUERDOS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do ombro esquerdo, Limitação funcional do punho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ismar Aguiar Marques Filho

**CRM do médico:** 3165

**UF do CRM do médico:** PI

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**PRESTADOR**

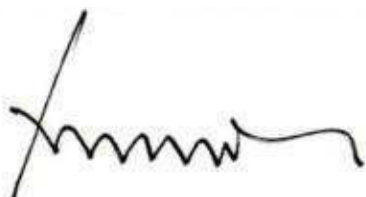
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



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**, com os dados atualizados, 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 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

340.322.583-68

Antonio Francisco da Silva

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

Nome completo <b>Antonio Francisco da Silva</b>		CPF titular da conta <b>340.322.583-68</b>	Profissão <b>motorista</b>
Endereço <b>R. Azuleta Lado direito</b>		Número <b>51N</b>	Complemento
Bairro <b>Zona Rural</b>	Cidade <b>Teresina</b>	Estado <b>Piauí</b>	CEP <b>64.000-000</b>
Email		Telefone (DDD) <b>86 99982-3093</b>	

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 (237)    ☐ BANCO DO BRASIL (001)    ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

**BANCO**  
Nome \_\_\_\_\_ NRO \_\_\_\_\_

**AGÊNCIA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

**AGÊNCIA**  
NRO. **2004** D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

**CONTA**  
NRO. **3885** D/V **6**  
(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.

Teresina 05 de Junho de 18  
Local e Data

Antonio Francisco da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

