

# 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: 03/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 10.800,00

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

CLIENTE: JOSE EDILBERTO DE MENESES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04875

CONTA: 00000001732-0

---

Nr. da Autenticação AF275ACB10DE08FD

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180321066      **Cidade:** Capela      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILBERTO DE MENESES      **Data do acidente:** 09/09/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA COM DESVIO EM PUNHO ESQUERDO. CONTUSÃO EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. FRATURAS MÚLTIPHAS EM FACE (SEIOS FRONTAIS, MAXILARES E ETMOIDAL, OSSO NASAL, ARCS ZIGOMÁTICOS, PAREDES SUPERIOR, INFERIOR, LATERAL E MEDIAL DAS ÓRBITAS E MANDÍBULA À ESQUERDA).

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DIMINUIÇÃO ACENTUADA DA ACUIDADE VISUAL À ESQUERDA SEM COMPROVAÇÃO CLÍNICA. AO EXAME, APRESENTA INTENSO EDEMA NO TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS E ABERTURA DA PINÇA (NÃO FOI INVESTIGADO POSSÍVEL LESÃO LIGAMENTAR). APRESENTA CICATRIZES EM FACE, LIMITAÇÃO SEVERA DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL, DEFICIT PARA A MASTIGAÇÃO E FENDA EM PALATO DURO. APRESENTA EDEMA MODERADO E DEFORMIDADE NA REGIÃO DISTAL DO ANTEBRAÇO, LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DOS QUIRODÁCTILOS ESQUERDOS COMPROMETENDO A PREENSAO DA MÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS EM PUNHO ESQUERDO E FACE. REALIZOU FISIOTERAPIA. APRESENTA FENDA EM PALATO DURO COM AGENDAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. REFERIU ALTA ORTOPÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do tornozelo direito, Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 24/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO, EM SEQUELA DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA (ACIDENTE DE MOTO ANTERIOR); APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO 3º PODODÁCTILO ESQUERDO (ACIDENTE DE MOTO ANTERIOR). DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETA DEVIDO AO TORNOZELO DIREITO. SEM SINAIS DE FRATURA, CONTUDO NÃO FOI INVESTIGADO POSSÍVEL LESÃO LIGAMENTAR! HÁ REFERÊNCIA A EXPECTATIVA DE CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE FENDA NO PALATO DURO, QUE NO ENTANTO NÃO REPARA OS DANOS PERMANENTES QUE LIMITAM DE FORMA IMPORTANTE A ABERTURA DA BOCA E O COMPROMETIMENTO DA MASTIGAÇÃO

**Médico examinador:** Alexsandro Silva Bonfim

**CRM do médico:** 4233

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 médio - 50 %                                 | 50%         | R\$ 6.750,00          |
| Perda funcional completa de um dos membros superiores  | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%       | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo   | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%       | R\$ 1.687,50          |
|  |  | <b>Total</b>   | <b>80 %</b> | <b>R\$ 10.800,00</b>  |

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Corrêa dos Santos Filho'.

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Carta n°: 13211483

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENESES

**Nº Sinistro:** 3180321066  
**Vitima:** JOSE EDILBERTO DE MENESES  
**Data do Acidente:** 09/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DILTON SILVA ROCHA JUNIOR

**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 EDILBERTO DE MENESES**

**Valor: R\$ 10.800,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000004875**

**Conta: 0000001732-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

|                         |     |                  |
|-------------------------|-----|------------------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>      |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | <b>0,00</b>      |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>10.800,00</b> |

**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 médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 100%) 50,00%

|  |     |                 |
|--|-----|-----------------|
| <b>Valor a indenizar:</b> 50,00% x 13.500,00 = | R\$ | <b>6.750,00</b> |
|--|-----|-----------------|

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

**Graduação:** Em grau leve 25%

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

|  |     |                 |
|--|-----|-----------------|
| <b>Valor a indenizar:</b> 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | <b>2.362,50</b> |
|--|-----|-----------------|

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

**Graduação:** Em grau médio 50%

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

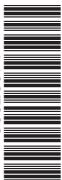
|  |     |                 |
|--|-----|-----------------|
| <b>Valor a indenizar:</b> 12,50% x 13.500,00 = | R\$ | <b>1.687,50</b> |
|--|-----|-----------------|

**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**



**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

**438.890.775-87**

Nome completo da vítima

**José Edilberto de Menezes**

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

|               |                                  |                      |                       |                       |
|---------------|----------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nome completo | <b>José Edilberto de Menezes</b> | CPF titular da conta | <b>438.890.775-87</b> | Profissão             |
| Endereço      | <b>Rua Cosme Viegas de Souza</b> | Número               | <b>317</b>            | Complemento           |
| Bairro        | <b>Centro</b>                    | Cidade               | <b>Coronel</b>        | Estado                |
| Email         |                                  |                      |                       | CEP                   |
|               |                                  |                      |                       | <b>49.700-000</b>     |
|               |                                  |                      |                       | Telefone (DDD)        |
|               |                                  |                      |                       | <b>(79)99932-4226</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**

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> BECUSO 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 NRO. **4875** D/V **01232** CONTA NRO. **0** D/V  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

|              |     |             |     |
|--------------|-----|-------------|-----|
| AGÊNCIA NRO. | D/V | CONTA NRO.  | D/V |
| <b>Nome</b>  |     | <b>NRO.</b> |     |
|              |     |             |     |
| <b>Nome</b>  |     | <b>NRO.</b> |     |
|              |     |             |     |

(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.

**Aracaju** **06** de **Julho** de **2018** **JUL 2018**

Local e Data

**RECEBIDO**

**José Edilberto de Menezes**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal