

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: 000000001732-0

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 MÚLTIPLAS EM FACE (SEIOS FRONTAIS, MAXILARES E ETMOIDAL, OSSO NASAL, ARCOS 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 PREENSÃO 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
Total			80 %	R\$ 10.800,00

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:



Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Carta nº: 13211483

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENESES

Nº Sinistro: 3180321066
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	10.800,00

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 médio 50%

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

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 = R\$ 6.750,00

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 completa da mobilidade de um tornozelo 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 Jose Edilberto de Meneses
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Edilberto de Meneses		CPF titular da conta 438.890.775-87	Profissão
Endereço Rua Cosme Vieira de Souza		Número 817	Complemento
Bairro Centro	Cidade Copala	Estado SE	CEP 49.200-000
Email			Telefone (DDD) (79)99932-4226

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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00				<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00				<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00				<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00					
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)								<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)									
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)																	
AGÊNCIA NRO. 4875 (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. 01232 (Informar dígito se existir)		D/V 0		BANCO Nome NRO. 		AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		D/V 		CONTA NRO. (Informar dígito se existir)		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.

Aracaju, **06** de **Julho** de **2018** JUL 2018
Local e Data

Jose Edilberto de Meneses
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal