

# 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: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: FRANCISCO JOSE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00788-9

CONTA: 000010013770-9

---

Nr. da Autenticação B9F4854D39CD06CE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180569201**      **Vítima: FRANCISCO JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/08/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA CARLA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO JOSE DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

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

Recebedor: **FRANCISCO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **001**

Agência: **00000788-9**

Conta: **000010013770-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:  
[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180569201      **Cidade:** Elesbão Veloso      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO JOSE DA SILVA      **Data do acidente:** 16/08/2018      **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE (FRATURA DE MANDÍBULA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO FACIAIS.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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>
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
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**