

# 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: 06/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: MATEUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000013702-0

---

Nr. da Autenticação A9F9698C660DD892

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").

SABEMI SEGURADORA S/A

15 MAR 2018

RECEBIDO

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

069.339.525-76

Matheus Santos

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

Nome completo Matheus Santos		CPF titular da conta 069.339.525-76		Profissão Barrador	
Endereço Povoado Imbuza		Número 911		Complemento Casa	
Bairro Área Rural	Cidade Bracho Cardoso	Estado Sergipe		CEP 49860-000	
Email Marcosdegloria@gmail.com				Telefone (DDD) 999252568/999189207	

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"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (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"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 3303 D/V (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 13202 D/V (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____		<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (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.

Blairia, 20 de fevereiro de 2018  
Local e Data

Matheus Santos

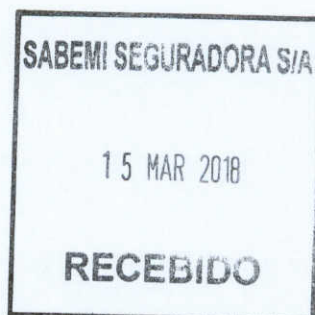
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

08 MAR 2018

RECEBIDO



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta nº: 12649578

A/C: MATEUS SANTOS

Nº Sinistro: 3180120507  
Vítima: MATEUS SANTOS  
Data do Acidente: 21/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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: **MATEUS SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003303**

Conta: **0000013702-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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:** 3180120507

**Cidade:** Feira Nova

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MATEUS SANTOS

**Data do acidente:** 21/10/2017

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATOU TIBIAL A DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE MEDIAL DO JOELHO E PERNA, SINAL DE GAVETA POSITIVO (++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.  
ÂNGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ÂNGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 79°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°  
FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.

**Resultados terapêuticos:** PERICIA DO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO; FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/10/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 24/10/2017. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE PLATOU TIBIAL COM PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

**Sequelae permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelae:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA APRESENTA DANOS CORPORAIS, COMO DESCRITO PELO COLEGA EXAMINADOR NO EXAME FÍSICO, QUE ACARRETAM SEQUELAS FUNCIONAIS INDENIZÁVEIS CONFORME ART 31 DA LEI 11.945/2009

**Médico examinador:** MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

**CRM do médico:** 1827

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**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:**

