

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: 14/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000058015-6

Nr. da Autenticação 15543A24F489D91D

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170632953

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Data do acidente: 13/08/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RADIO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM PUNHO ESQUERDO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO MODERADA NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO COM GESSO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12132075

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170632953
Vítima: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
Data do Acidente: 13/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000855

Conta: 0000058015-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

