

# 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: 00000058015-6

---

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 RÁDIO 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 MOVIMENTOS 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

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

## 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 n°: 12132075

A/C: RAIMUNDO NONATO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3170632953  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

