

# 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: 17/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANTONIO ASSUNCAO RODRIGUES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05605-7

CONTA: 000010303701-2

---

Nr. da Autenticação 917A910189DEAA31



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC - VAI 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 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 ("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 ASI

CPF da Vítima

038.999.423-53

Nome completo da vítima

ANTONIO ASSUNÇÃO RODRIGUES

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

Nome completo <b>ANTONIO ASSUNÇÃO RODRIGUES</b>	CPF titular da conta <b>038.999.423-53</b>	Profissão <b>PROFESSOR</b>
Endereço <b>RUA 4 CASA 19 SETOR A MACAMBUNHO I</b>	Número <b>19</b>	Complemento
Bairro <b>MACAMBUNHO</b>	Cidade <b>TERESINA</b>	Estado <b>PI</b>
Email <b>ASSUNCAOANT@GMAIL.COM</b>	CEP <b>64.010-040</b>	Telefone (DDD) <b>85-999826223</b>

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**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☒ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (304)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V   
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO **BRASIL** NRO.   
AGÊNCIA NRO. **5605** D/V **7** CONTA NRO. **303701** D/V **0**  
(Informar dígito se existir) (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.

TERESINA, 06 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Antonio Assunção Rodrigues  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

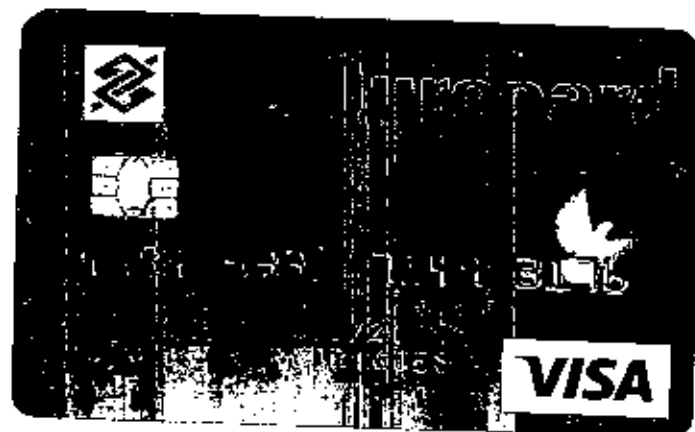
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

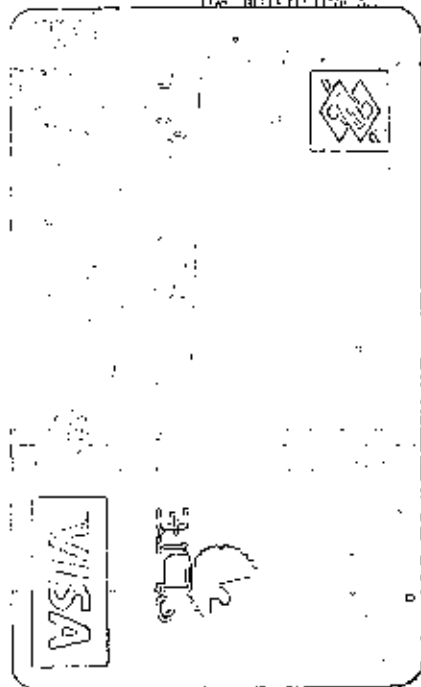
02/10/2017 BANCO DO BRASIL - 15:17:23  
 1839712060  
 COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CASH (CASH IN)  
 EM DINHEIRO

VALOR: R\$ 302.741,00  
 DATA: 02/10/2017  
 VALOR: R\$ 302.741,00  
 VALOR: R\$ 302.741,00  
 VALOR: R\$ 302.741,00

VALOR: R\$ 302.741,00  
 VALOR: R\$ 302.741,00  
 VALOR: R\$ 302.741,00  
 VALOR: R\$ 302.741,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
 06 NOV. 2017  
 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Rua Coelho de Resende, 485 Loja C  
 Centro - Niterói CEP: 24.002-470





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180311789 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ASSUNCAO RODRIGUES **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** EF LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DORSAL DE 15, FLEXÃO PLANTAR DE 25, ABDUÇÃO DE 15, ADUÇÃO DE 15 GRAUS.

**Resultados terapêuticos:** ACIDENTE DE TRANSITO DIA 18/08/2017 COM HD DE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DISTAL ESQUERDA. FEITO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRAT EXPOSTA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA. JÁ DE ALTA MEDICA DEFINITIVA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador. Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

**Médico examinador:** Edmar de Souza Lima Junior

**CRM do médico:** 2313

**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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Carta nº: 13389542

A/C: ANTONIO ASSUNCAO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180311789  
Vítima: ANTONIO ASSUNCAO RODRIGUES  
Data do Acidente: 18/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

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: ANTONIO ASSUNCAO RODRIGUES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000005605-7

Conta: 000010303701-2

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 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

