

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: 27/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DA CRUZ DUARTE MONTEFUSCO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03339

CONTA: 00000001573-7

Nr. da Autenticação 337C36185ACCC825

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170645538 **Cidade:** Rio Branco **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DA CRUZ DUARTE **Data do acidente:** 27/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
MONTEFUSCO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do côndilo lateral do fêmur esquerdo.

Descrição do exame Cicatriz na região anterior do joelho esquerdo, aumento do volume do joelho esquerdo, limitação funcional do joelho
médico pericial: esquerdo, diminuição da força muscular do membro inferior esquerdo e claudicação.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com parafusos.

Realizou fisioterapia.

Alta médica (01/2018).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/02/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade membro inferior esquerdo.

Médico examinador: JOSE LUIS SILVERIO CABANILLAS

CRM do médico: 483

UF do CRM do médico: AC

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

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 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 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").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/titular da conta	Profissão
<i>Jose da Cruz Duarte Montefusco</i>	<i>736.360.192-15</i>	<i>Diarista</i>
Endereço	Número	Complemento
<i>R Valdeimires bates</i>	<i>12453</i>	<i>casa</i>
Bairro	Cidade	Estado
<i>Da Paz</i>	<i>Rio Branco</i>	<i>ACRE</i>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<i>69.919-254</i>	<i>(68) 49973-2060</i>

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"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (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 checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>3339</i>	<i>013</i>	<i>1573</i>	<i>17</i>				
(Informar dígito se existir)				(Informar dígito se existir)			

<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)							
BANCO							
Nome							
<i> </i>							
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V	AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.		NRO.		NRO.	
(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.

Rio Branco/AC, 13 de Novembro de 2017

Local e Data

df

06/09/2017

Jose da Cruz Duarte Montefusco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta n°: 12460181

A/C: JOSE DA CRUZ DUARTE MONTEFUSCO

Nº Sinistro: 3170645538
Vitima: JOSE DA CRUZ DUARTE MONTEFUSCO
Data do Acidente: 27/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LUCIANA GOMES SOUZA

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: JOSE DA CRUZ DUARTE MONTEFUSCO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003339

Conta: 000001573-7

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT