

# 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: 000000001573-7

---

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 médico pericial:** Cicatriz na região anterior do joelho esquerdo, aumento do volume do joelho esquerdo, limitação funcional do joelho 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 <u>Mose da Cruz Duarte Montefusco</u>	CPF titular da conta <u>736.360.192-15</u>	Profissão <u>Diarista</u>
Endereço <u>R. Valdomiro Lopes</u>	Número <u>2457</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Da Paz</u>	Cidade <u>Rio Branco</u>	Estado <u>Acre</u>
Email	CEP <u>69.919-254</u>	Telefone (DDD) <u>(68) 99973-2060</u>

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"/> <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"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>3339</u> DV <u>013</u> CONTA NRO. <u>1573</u> DV <u>7</u> (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ CONTA NRO. _____ DV _____ (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

fo

06/04/2017

Mose da Cruz Duarte Montefusco

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2018

Carta nº: 12460181

A/C: JOSE DA CRUZ DUARTE MONTEFUSCO

Nº Sinistro: 3170645538  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

