

# 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: 26/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02298-5

CONTA: 000010019340-4

---

Nr. da Autenticação EDDBEFF5537212E1

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180136802 **Cidade:** Miguel Alves **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO **Data do acidente:** 02/09/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/ OMBRO DIREITO 50% DE 25%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Carta nº: 12745108

A/C: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

Nº Sinistro: 3180136802  
Vítima: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO  
Data do Acidente: 02/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JAYRLAN RAYONNE DANOVA VIEIRA

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: FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000002298-5

Conta: 000010019340-4

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 ombros 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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

612.195.313-67

Nome completo da vítima

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

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

Nome completo FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO		CPF titular da conta 612.195.313-67	Profissão
Endereço RUA: CRUZ DAS ALMAS		Número 1970	Complemento
Bairro COHEB	Cidade MIGUEL ALVES	Estado PIAUÍ	CEP 64130-000
Email			Telefone (DDD) 0869-99395104

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 (104)

AGÊNCIA

NRO.

2298

D/V

5

CONTA

NRO.

19340

D/V

2

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

MIGUEL ALVES, 12 de MARÇO de 2018

Local e Data

FRANCISCO DAS CHAGAS DE SOUZA RIBEIRO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Reconheço verdadeira(s) a(s) Firma(s)

Francisco das Chagas  
de Souza Ribeiro

Dou fé. Em testemunho da verdade.

Miguel Alves-PI, 33/03/2018

Miguel Alves-PI

Júlio César de Castro Oliveira

Tabelião Designado

Mat.: 4138201

OFÍCIO ÚNICO

Rua São Pedro, 35 - Centro

Selo de Fiscalização  
e Autenticidade  
Poder Judiciário  
Estado do Piauí  
Juízo de Nulidade,  
Registro e  
Judiciais  
RECONHECIMENTO  
DE FIRMA  
AA 99613

LIDER

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO BENEFICIÁRIO DO REPRESENTANTE LEGAL

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

