

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: 06/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000000167579-6

Nr. da Autenticação 5687AAA9E8DD16F1

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

446249052-53

Nome completo da vítima

MARIA ELIENE Oliveira de MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARIA ELIENE Oliveira de MOURA		CPF titular da conta	446249052-53	Profissão	AUTÔNOMA
Endereço	R. MAESTRO DIRSON COSTA		Número	181	Complemento	-
Bairro	JARDIM CARANÁ	Cidade	Estado	RR	CEP	69.313-709
Email	LUANNA.SOUZA71@Hotmail.com		Telefone (DDD)	(095)99116.8367		

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Name	BANCO DO BRASIL		NRO
AGÊNCIA NRO.	0250	D/V	X
CONTA NRO.	167579		D/V
(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.

BOA VISTA, 06 de JUNHO de 2018.

Loc&I e D&I&

Maria Eliene Oliveira de Moura

C&mpo 1 - Assin&tur& do Benefici&rio

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 JUN 2018

Sabrina
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Boa Vista - RR

C&mpo 2 - Assin&tur& do Representante Legal

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180307587 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ELIENE OLIVEIRA DE MOURA **Data do acidente:** 09/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DO MOVIMENTO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Martha Maria Rausch de Queiroga".