

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: 23/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA VERBENIA DA SILVA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04404-0

CONTA: 000010011351-6

Nr. da Autenticação F3FE3B00C71A9C90

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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:

34 JUL 2018

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").

RECEBIDO

Número do Sinistro ou ASC

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

743.455.173-15

Antônia Vilémia da Silva Góes

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônia Vilémia da Silva Góes	CPF titular da conta	743.455.173-15
Endereço	Quadra: 1341 Bloco: 35	Número	—
Bairro	Vila Rica	Cidade	Brasília
Email	mcarrilho13@gmail.com	Estado	DF
		CEP	64025-400
		Telefone (DDD)	(61) 98848-6923

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência no endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" 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\$ 3.001,00 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BANCO BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (04)

AGÊNCIA N°: _____ DV: _____ CONTA N°: _____ DV: _____
 Informar dígito se existir! Informar dígito se existir!

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO	Nome	AGÊNCIA	DV
Bradesco	Brasília	001	001

(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

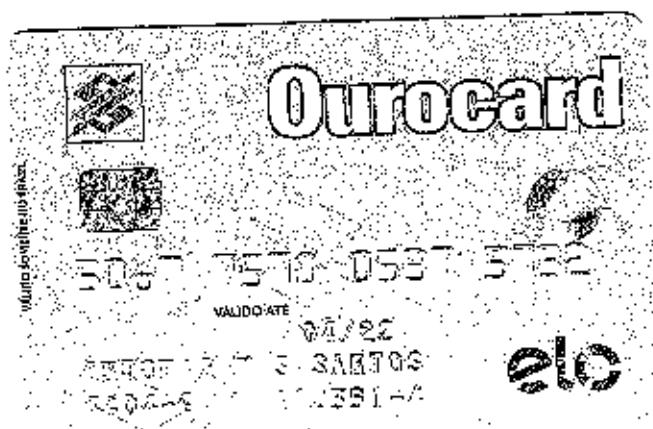
Triunfo - PR, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antônia Vilémia da Silva Góes

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180307684 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA VERBENIA DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TIBIA E FIBULA DISTAIS ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM Perna e em tornozelo esquerdo ao deambular, com edema local, com marcha claudicante, com dificuldade para agachar, não consegue correr, com limitação na amplitude dos movimentos do tornozelo.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA APRESENTANDO EDEMA LOCAL E PSEUDOARTROSE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

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

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: