

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

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:

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").

SABEM SEGURADORA S/A

14 JUL 2018

RECEBIDO

Número do Sinistro ou AS:

CPF da Vítima

798.455.173-15

Nome completo da vítima

Antônia Valéria da Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Antônia Valéria da Silva Santos		CPF titular da conta	798.455.173-15	Profissão	Desempregada
Endereço	Quadra: 134 Casa: 15		Número	-	Complemento	-
Bairro	Parque Piaçá	Cidade	Terreiros	Estado	PI	CEP
E-mail	mariavaleria@hotmail.com				Telefone (DDD)	(85) 98848-6923

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 no endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO 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\$ 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	BANCO	Nome
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Banco do Brasil	
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
0001	0001	0001	0001
(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.

Terreiros - PI 28 de Junho de 2018

Local e Data

Antônia Valéria da Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ourocard

VALIDO ATÉ 10/10/2011



5067 7510 0587 5732

VALIDO ATÉ

01/12

SANTOS

123456 789012

elo

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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: