

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: 12/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RITA DE CASSIA BARBOSA MACHADO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03905

CONTA: 000000022642-0

Nr. da Autenticação 25CA0DC25E2E069E

Autorização de pagamento



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 9221274 - 0800 171177) (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 reservas para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de crédito e pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa e desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização em bolso.

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").

Nome completo: 303.467 102-93 Nome completo atual: 274 de Cassia Barboza Machado

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: 274 de Cassia Barboza Machado Data de nascimento: 303.467.102-93 Profissão: func. pública
 Sobrenome: dos Estado: 705 Complemento: 705
 Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.334-539
 Local: Boa Vista Telefone: (99) 95329-3884
 Endereço residencial: Quartal 1000

Declara, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, sob pena de conseqüência de residência do endereço informado.

Faixa de Renda Mensal e Dados Bancários

☒ **USO INFORMAL** SEM RENDA ☐ **ALTA RENDA** ☐ **RECEITA DE RENDA**
 R\$ 0,00 até R\$ 200,00 R\$ 200,00 até R\$ 500,00 R\$ 500,00 até R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00
☐ **CONTA POUPANÇA** Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção:
 BANCO DO BRASIL (001) BANCO DO BRASIL (041)
 BANCO DO BRASIL (041) BANCO DO BRASIL (041)
 AGENCIA: 3305 CONTA: 00022642
 Agência: 3305 Conta: 00022642
 Agência: 3305 Conta: 00022642

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, bem como o crédito, reconhecimento e pou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista, RR, 20 de Janeiro de 2018
 Local e Data

Cassia Barboza Machado
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT - 1001/2012

30 JAN 2018

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

12. 11. 1981

10. 10. 1981

30 JAN 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061226 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA DE CASSIA BARBOSA MACHADO **Data do acidente:** 09/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA DO RÁDIO DIREITO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DURANTE 45 DIAS. ESTÁ DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO PUNHO DIREITO EM GRAU RESIDUAL.

Médico examinador: REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO

CRM do médico: 1032

UF do CRM do médico: RR

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 punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

AVC PERÍCIAS MÉDICAS LTDA

Médico revisor: Anderson Anisio

CRM do médico: 52.25458-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: