

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: 10/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS CARLOS OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02409-0

CONTA: 000010009072-9

Nr. da Autenticação E2E0507D551746ED

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180313433 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIS CARLOS OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PLATÔ DA TIBIAL ESQUERDO.
FRATURA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA PLATÔ DA TIBIAL ESQUERDO (PLACA E PARAFUSOS) E DA FRATURA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL E FORÇA MUSCULAR GRAU III DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, DE ACORDO COM O LAUDO MÉDICO COM DATA DE 22/08/2018.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

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

095.934.263-53

Nome completo da vítima

luis Carlos Oliveira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

luis Carlos Oliveira da Silva

CPF titular da conta

695.934.263-53

Profissão

Autônomo

Endereço

Rua: Proj. 06 R. dos Neuros

Número

37N

Complemento

Bairro

centro

Email

Email

Cidade

Ruchos das Neuros

Estado

Piauí

CEP

 Telefone (DDD)
 (86) 994729591

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
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

 SEM RENDA

 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

 ATÉ R\$ 1.000,00

 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

 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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

CONTA NRO. D/V

D/V

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

(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.

 Two, Pi 02 de 07 de 18
 Local e Data

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09 JUL 2018	
GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 465 Loja C Centro-Norte CEP: 64.002-170 Teresina-PI	

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

