

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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DA SILVA CARNEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 000000049028-7

Nr. da Autenticação 2230A612239B90A0

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180502214 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA SILVA CARNEIRO **Data do acidente:** 09/04/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia esquerda

Descrição do exame médico pericial: Refere dor ao pisar. Ao exame, apresenta marcha claudicante, deambulando com auxílio de muletas, cicatriz de procedimento cirúrgico em terço distal da perna esquerda, limitação leve dos movimentos da flexão e extensão do tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico para realização de limpeza cirúrgica, desbridamento e fixação externa da fratura. Após 3 meses e 17 dias foi realizado osteossíntese com placa e parafusos onde realizou fisioterapia motora. Radiografia de outubro de 2018 com fratura sem sinais de consolidação.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 04/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luis Fernando Centi Nascimento

CRM do médico: 4863

UF do CRM do médico: RN

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

308.004.554-87

Nome completo da vítima

João da Silva Carneiro

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo João da Silva Carneiro		CPF titular da conta 308.004.554-87	Profissão Autônomo
Endereço Rua Felipe Camarão		Número 3444	Complemento Casa
Bairro Aeroporto	Cidade Mossoró	Estado RN	CEP 59607-340
Email João.Possui			Telefone (DDD) (84) 3061-5373

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 ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA

Nº

3064

DV

CONTA

Nº

49.028

DV

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

(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.

Mossoró-RN, 01 de junho de 2018
Local e Data

+ João da Silva Carneiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018
[Assinatura]

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

3064 - TERRA DO SAL, RN

DATA: 23/05/2018

HORA: 11:39:09

TERMINAL: 1007

NSU: 000555

AUT.: 0030

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 3064/013/00.049.028-7

NOME: JOAO DA SILVA CARNEIRO

DEPOSITANTE:

Q T

VALOR TOTAL: 10,00

VALOR DINHEIRO: 10,00

Informacoes, reclamacoes, sugestoes e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

ARUANA SEGUROS
25 JUL 2018