

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: 24/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE GOIS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00029

CONTA: 000000320403-0

Nr. da Autenticação 89D663B71B8AAF23

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180193764

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE GOIS DE OLIVEIRA

Data do acidente: 13/12/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (FIBULA DISTAL).

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MEDIO NO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS NA FIBULA ESQUERDA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO (++)/4+)
E COM BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/05/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

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 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, ou seja, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 e 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 ou 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").

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COM: EUDO NÃO VERIFICADO

08 MAR 2018

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

004-690-703-35

Andre Bois de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Andre Bois de Oliveira

004-690-703-35

Metaleiro

Endereço

Número

Complemento

Rua Terra Rica

0+25

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Uberaba

Teresina

PI

Telefone (DDD)

E-mail

(86) 99472 9591

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)

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

BANCO

Nome

Agência

Nº

Conta

Nº

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

Informar digite se existir

AGÊNCIA

CV

CONTA

Nº

DW

0029

03

32040310

(Informar se existir)

(Informar 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.

Ter, 28 de 02 de 18

Local e Data

Andre Bois de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

TATXA TECNOMICA FEDERAL
 SAC 0000 726 8101
 QUIDORIA 0800 725-7474
 050-508877611-3
 28/FEB/2018 HORA DE 12:18:20
 DT: 10.19448-2 TERM: 0527240
 LOCALIDADE: TERESINA
 AG: VINCULADA: 3028 CONTROLE: 46087803
 DEPOSITO EM DINHEIRO
 3029 013 0032040S-R
 ANDRE BOIS DE OLIVEIRA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 89 MAR 2018
 GENTE SEGURADORA S.A.
 Rua Cassio de Resende, 485 Loja 8
 Centro - Norte CEP: 64.002-00