

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: 00000320403-0

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:



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 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 (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

004.690.103-31

Nome completo da vítima

Andre Bois de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Andre Bois de Oliveira

CPF Titular da conta

004.690.103-31

Profissão

Metalúrgico

Endereço

Rua Terceiro Reis

Número

6+25

Complemento

Vila

Bairro

Albano

Cidade

Teresópolis

Estado

RJ

CEP

26000-000

E-mail

andreboisdeoliveira@bol.com.br

Telefone (DDD)

(16) 3941-7295

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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 (tudos os bancos):

BANCO Nome Nro. Agência Nro. Conta Nro.

BRADSCSO (2371) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (3411)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0029

Nro.

(Inserir dígitos se existir)

03 32040310

(Inserir dígitos se existir)

AGÊNCIA:

Nro.

(Inserir dígitos se existir)

CONTA

Nro.

(Inserir dígitos 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.

Qu, Pi 28 de 02 de 58

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FATXA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
0800 725 7474

059-588877611-0

26/FEV/2016 HORÁRIO DE 12:18:20

ÓTI: 10.19448-2 TERM: 052724
LOCALIZAÇÃO: TERESINA
AG. VINCULADA: 30226 CONTROLE: 460478037

DEPÓSITO EM DINHEIRO

30226 013 00320403-0

ANDRÉ BOIS DE OLIVEIRA

DEPARTAMENTO DE SÍNTESE

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

89 MAR 2016

GENTE SEGURADORA S.A.
Av. Cesário Ribeiro, 466 Loja G
Centro - Norte CEP: 64.002-00