

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 ASL	CPF da Vítima 184.721.843-15	Nome completo da vítima Raimundo Pereira da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Raimundo Pereira da Silva	CPF titular da conta 184.721.843-15	Profissão Autônomo
Endereço Rua Inácio Pereira	Número 339	Complemento
Bairro Centro	Cidade Jatobá do Piauí	Estado Piauí
E-mail	CEP 64.275.000	Telefone (DDD) (86) 981374015

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRASESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0616 (Informar dígito se existir)	D/V CONTA NRO. 81570 (Informar dígito se existir)	BANCO Nro. 09 JUL 2018 (Informar dígito se existir)	NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V (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 agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

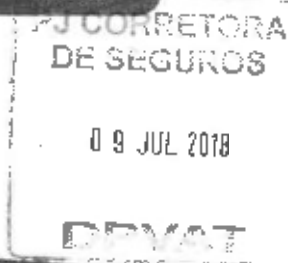
Jatobá do Piauí, 28 de junho de 2018

Lugar e Data

Raimundo Pereira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180312024 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA NO ACETABULO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, ANDA COM MULETAS, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL(ROTACAO, FLEXAO E EXTENSAO), COM DOR IRRADIADA PARA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO DA FRATURA DE FORMA ALINHADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO QUADRIL DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2018

Conduta mantida:

Observações: FRATURA ENTIGA CONSOLIDADA DA TIBIA DISTAL DIREITA FIXADA COM PLACA E PARAFUSO

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: