

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 (Pal, 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" (Pal, 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 Ferreira da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Raimundo Ferreira da Silva	CPF titular da conta	184.721.843-15	Profissão	Judô nomô
Endereço	Rua: São Luís Placita	Número	339	Complemento	
Bairro	Centro	Cidade	Jaóbará do Piauí	Estado	Piauí
Email					Telefone (DDD): (86) 981374015

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

ACIMA DE R\$ 5.000,00

COBERTURA DE SEGUROS

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.

0616

D/V

CONTA

N.R.

815701

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

N.R.

09 JUL 2018

N.R.

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Jaóbará do Piauí, PR, 28 de Junho de 2018

Local e Data

Raimundo Ferreira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CDJ CORRETORA
DE SEGUROS

09 JUL 2018



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:

