

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: 22/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANDRE SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04288

CONTA: 000000018241-9

Nr. da Autenticação 09BB2B26EB081825

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337533 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANDRE SILVA SANTOS **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO MODERADO DOS MOVIMENTOS DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E SINAIS DE HIPOTROFIA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/08/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

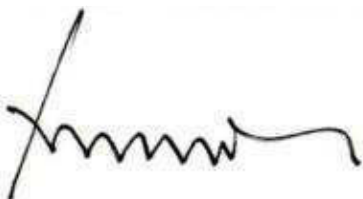
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

061.174.853-36

Carlos Andre Silva Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Carlos Andre Silva Santos		CPF titular da conta 061.174.853-36		Profissão Serviço Geral	
Endereço RD PI 112 S/N Santa Fé		Número S/N		Complemento Casa	
Bairro Rural		Cidade União		Estado PI	
Email		CEP 64120-000		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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 NRO. 4288	D/V []	CONTA NRO. 38241	D/V 9
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	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 referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 18 de Julho de 2018

Local e Data

Carlos Andre Silva Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina - PI

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AREOLINO DE ABREU
DATA: 17/07/2018 HORA: 13:40:39
TERMINAL: 20041028 CONTROLE: 200410280185

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 4288.013.00018241-9
NOME: CARLOS ANDRE S SANTOS
VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

NÚMERO DO ENVELOPE: 0211222429
NÚMERO DE CONTROLE: 198204569

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-Pi