

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: 12/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000017373-0

Nr. da Autenticação D4A6EE0F4C5D1B46

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180558945

Cidade: Altos

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE CARLOS SANTOS

Data do acidente: 14/01/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA EM USO DE BOLSA DE COLOSTOMIA À ESQUERDA, COM TRÂNSITO INTESTINAL INTENSO, DOR TIPO CÓLICAS, FREQUENTES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE BOLSA DE COLOSTOMIA, NEFRECTOMIA ESQUERDA, COLOSTOMIA, COLORRAFIA E ENTERORRAFIA.

Sequelas permanentes: Nefrectomia esquerda

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações: REALIZADA RETIRADA DE TUMOR DE JEJUNO

Nota do revisor: o tumor retirado não é de causa traumática, de modo que não foi estabelecida indenização para o quadro digestório relatado.

Procedida avaliação médica na cidade de Teresina.

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
Lesões de órgãos e estruturas retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PRESTADOR

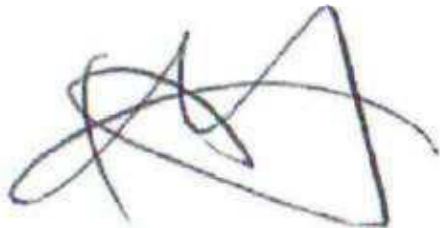
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

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, 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

743.364.525-04

Nome completo da vítima

Jose Carlos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Carlos Santos		CPF titular da conta 743.364.525-04	Profissão Auxiliar de Prod
Endereço R. Suzano		Número 5419	Complemento Casa
Bairro urbano	Cidade Teresina	Estado PI	CEP 64000-000
Email		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

☒ 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 ☐ 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. 3808 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 17373 D/V
(Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome

AGÊNCIA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir)

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
27 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 - Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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, 26 de Setembro de 2018
Local e Data

Jose Carlos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG AREOLINO DE ABREU
DATA: 27/09/2018 HORA: 10:17:42
TERMINAL: 20041024 CONTROLE: 200410240120

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

NOME: JOSÉ CARLOS SANTOS
TIPO DE CONTA: 013 - POUPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9415-5004

NÚMERO DO ENVELOPE: 791198588

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
27 NOV 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI