

# 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** VÍTIMA EM USO DE BOLSA DE COLOSTOMIA À ESQUERDA, COM TRÂNSITO INTESTINAL INTENSO, DOR TIPO médico pericial: 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
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO SZTRAJTMAN".

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

José Carlos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

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

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

3808

17373

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

 GENTE SEGURADORA S.A.  
 Centro de Resgate, Assessoria  
 Centro-Norte CEP: 64002-470

Local e Data

27 NOV 2018

 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 CONTEÚDO DA VERIFICAÇÃO

 DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
 CONTEÚDO DA VERIFICAÇÃO



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: JOSE CARLOS SANTOS  
TIPO DE CONTA: 013 - POLIPANÇA CAIXA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO:

TELEFONE DEPOSITANTE: 86 9415-5804

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  
Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

