

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: 20/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALVES DE MOURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000122337-3

Nr. da Autenticação 924D0E78E66C52DA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337482

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ALVES DE MOURA

Data do acidente: 20/04/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EM MAXILAR DIREITO, RAMO ESQUERDA DA MANDÍBULA, COMPLEXO ZIGOMÁTICO ORBITÁRIO ESQUERDO, OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ E PERDA DE UNIDADES DENTÁRIAS. LESÃO CORTO CONTUSA EXTENSA NO LÁBIO SUPERIOR

Descrição do exame médico pericial: RELATA PARESTESIA NA REGIÃO NASAL BILATERALMENTE. AO EXAME APRESENTA CICATRIZ NO LÁBIO SUPERIOR, REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE ABERTURA ORAL COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MASTIGATÓRIA COMPROMETENDO A MASTIGAÇÃO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ROTAÇÃO DE RETALHO PARA A FERIDA DE LÁBIO SUPERIOR E OSTEOSSÍNTESE DE FIXAÇÃO METÁLICA NAS FRATURAS. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, 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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

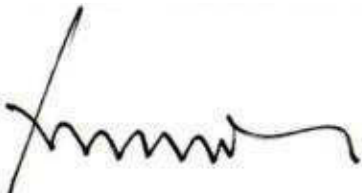
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

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 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").

Numero do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033.809.633-42

Nome completo da vítima

Jose Aluis de Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Aluis de Moura		CPF titular da conta 033.809.633-42	Profissão
Endereço Rua Azor de Moura		Número 358	Complemento
Bairro Fátima	Cidade Teresina	Estado Piauí	CEP
Email		Telefone (DDD) (86) 994729591	

Dedaro, 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 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ **CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA (Nº) 0855 D/V 013 CONTA NRO 3223343 D/V 3
 (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) (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.

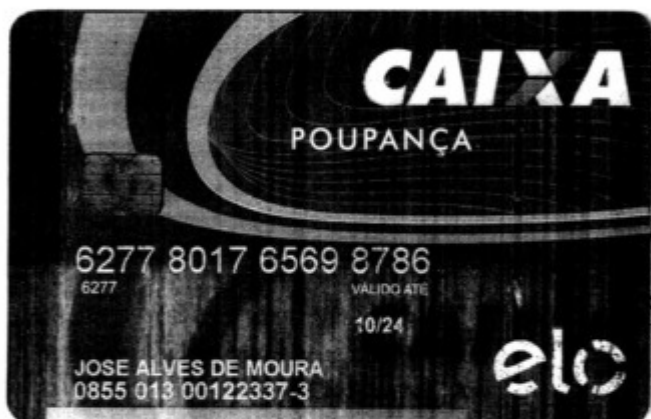
Ter, por 26 de 06 de 2018

Local e Data

[Assinatura]

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO:
23 JUL. 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20064-000