

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: 00000122337-3

Nr. da Autenticação 924D0E78E66C52DA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180337482
Vítima: JOSE ALVES DE MOURA

Cidade: Teresina
Data do acidente: 20/04/2018

Natureza: Invalidez Permanente
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 OSTEOSÍNTESE 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033.809.633-42

Nome completo da vítima

José Alves de Moura

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Alves de Moura	033.809.633-42	
Endereço	Número	Complemento
Rua Agonos Moura	558	
Bairro	Estado	CEP
Furtim	Piuri	
Email	Telefone (DDD) (86) 994729591	

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

<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
RS 3.001,00 ATÉ RS 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)

BRADÉSCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0855

013

CONTA

3223313

(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 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.

me, pê 26 de 06 de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

