

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: 06/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATEUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000013702-0

Nr. da Autenticação A9F9698C660DD892

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

069.339.525-76

Nome completo da vítima

Matheus Santos

SABEMI SEGURADORA SIA

13 MAR 2018

RECEBIDO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Matheus Santos	CPF titular da conta 069-339.525-76	Profissão Barbeiro
Endereço Parcamento Imlurca	Número 811	Complemento Cara
Bairro Área Rural	Cidade Bracho Cardoso	Estado Sergipe
Email Marcosdegloria@gmail.com	CEP 49860-000	Telefone (DDD) 977252568/999189207

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)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3303		13202	0
(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.

Blorina, 20 de fevereiro de 2018

08 MAR 2018

Matheus Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SABEMI SEGURADORA S/A

15 MAR 2018

RECEBIDO

SABEMI SEGURADORA S/A

16 MAR 2018

RECEBIDO

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Carta n°: 12649578

A/C: MATEUS SANTOS

Nº Sinistro: 3180120507
Vitima: MATEUS SANTOS
Data do Acidente: 21/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MATEUS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003303

Conta: 0000013702-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180120507

Cidade: Feira Nova

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MATEUS SANTOS

Data do acidente: 21/10/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PLATOU TIBIAL A DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETA, FORÇA MUSCULAR DA Perna DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE MEDIAL DO JOELHO E Perna, SINAL DE GAVETA POSITIVO (++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
ÂNGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140°. AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°
ÂNGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 79°. AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°
FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO; FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/10/2017 E RECEBEU ALTA NO DIA 24/10/2017. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE PLATOU TIBIAL COM PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2018

Conduta mantida:

Observações: VITIMA APRESENTA DANOS CORPORAIS, COMO DESCrito PELO COLEGA EXAMINADOR NO EXAME FÍSICO, QUE ACARRETAM SEQUELAS FUNCIONAIS INDENIZÁVEIS CONFORME ART 31 DA LEI 11.945/2009

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

Médico revisor: ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

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