

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: 28/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SALVIANO DE MORAIS SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00044-2

CONTA: 000000120836-5

Nr. da Autenticação C4B6249B1E1F340F

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12044666

A/C: SALVIANO DE MORAIS SILVA

Nº Sinistro: 3170598712
Vítima: SALVIANO DE MORAIS SILVA
Data do Acidente: 21/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCA ALANE FERNANDES DO NASCIMENTO

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: SALVIANO DE MORAIS SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000044-2

Conta: 00000120836-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Salviano de Moraes Silva</u>		CPF titular da conta <u>873.350.503-91</u>	Profissão <u>Curador</u>
Endereço <u>Povoado Angulo Es. Da usina Santana</u>		Número <u>511</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Rural</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-000</u>
Email		Telefone (DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	

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

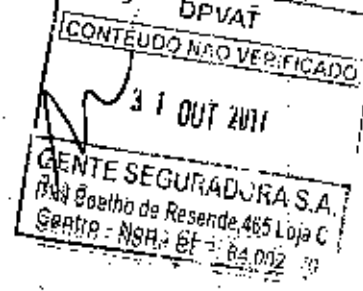
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRQ. <u> </u> D/V <u> </u> (Informar dígito se existir)		CONTA NRQ. <u> </u> D/V <u> </u> (Informar dígito se existir)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Brasil</u> NRQ. <u>001</u>		AGÊNCIA NRQ. <u>0044</u> D/V <u>2</u> (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRQ. <u>320.836</u> D/V <u>5</u> (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.

Teresina 27 de Outubro de 2017
Local e Data

Salviano de Moraes Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
09/10/2017 - Autoatendimento 13:57:56
839772371 1563

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO: SALVIANO DE MORAIS SILVA
AGENCIA: 0044-2
CONTA: 120.836-5
VALOR *
NR. ENVELOPE 2.044.149.298

* Acolhido em: 09/10/2017 na Agência 8397-6

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope", Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônica Central de atendimento BB: 4003-0148 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 OUT 2011

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Raula de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte GER: 84.882.478

FAVORECIDO: SALVIANO DE MORAIS SILVA
AGENCIA: 0044-2
CONTA: 120.836-5
VALOR *
NR. ENVELOPE 2.044.149.298

* Acolhido em: 09/10/2017, na Agência 8397-6.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depósitos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope", Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônica Central de atendimento BB: 4003-0148 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
09/10/2017 - Autoatendimento 13:57:56
839772371 1563

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170598712 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALVIANO DE MORAIS SILVA **Data do acidente:** 21/07/2017 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR EM MÃO ESQUERDA AOS ESFORÇOS COM DIFICULDADE PARA PREENSÃO DE OBJETOS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA LIMITAÇÃO SIGNIFICATIVA DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DA MÃO ESQUERDA COM DEFORMIDADE ANATÔMICA COM PERDA DA FALANGE DISTAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO COM FIO METÁLICO NO POLEGAR ESQUERDO, QUADRO CLÍNICO EVOLUINDO COM NECESSIDADE DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO MESMO DEDO.

Sequelas permanentes: Amputação do 1º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 7294

UF do CRM do médico: MA

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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:

