

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

Carta nº: 12952373

A/C: EVALDO VIEIRA DE MELO

Nº Sinistro: 3180217452
Vítima: EVALDO VIEIRA DE MELO
Data do Acidente: 02/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

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: **EVALDO VIEIRA DE MELO**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **001**

Agência: **000000962-8**

Conta: **0000036687-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.012,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =	R\$	1.012,50
--	-----	----------

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 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

076.232.00364

Nome completo da vítima

Evaldo Vieira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Evaldo Vieira de Melo		CPF titular da conta 076.232.00364	Profissão Recurso
Endereço R. Jose Sulli		Número 363	Complemento -
Bairro Centro	Cidade Pentecoste	Estado PA	CEP 62640-000
Email			Telefone (DDD) 85 991330940

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 ☐ 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) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
BANCO DO BRASIL 001
AGÊNCIA NRO. D/V **CONTA** NRO. D/V
0962 8 36687 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.

Pentecoste, 27 de 04 de 2018
Local e Data

RECEBEMOS

Evaldo Vieira de Melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 MAI 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ nº 07.735/0001-00

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
17/01/2018 - Autoatendimento - 14:53:43
096271222 0464

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	EVALDO VIEIRA DE MELO
AGENCIA:	0962-8
CONTA:	36.687-0
VALOR *	100,00
NR. ENVELOPE	2.163.772.342
(nr. envelope informado pelo cliente)	

* Acolhido em: 17/01/2018, na Agência 0962-8.

=====

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

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

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

RECEBEMOS

11 MAI 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Fidei
CNPJ 12.787.788/0001-06

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **EVALDO VIEIRA DE MELO**

Nº Sinistro: **3180217452**

Vitima: **EVALDO VIEIRA DE MELO**

Data do Acidente: **02/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180217452**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12832648



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2018

Carta nº 12898756

A/C: EVALDO VIEIRA DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180217452 ASL-0170193/18
Vitima: EVALDO VIEIRA DE MELO
Data Acidente: 02/10/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



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: 07/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVALDO VIEIRA DE MELO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00962-8

CONTA: 000000036687-0

Nr. da Autenticação 2DFE597D4610A011

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217452 **Cidade:** Pentecoste **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVALDO VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 02/10/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Handwritten signature of Dorian Braga Saraiva

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180217452

Cidade: Pentecoste

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVALDO VIEIRA DE MELO

Data do acidente: 02/10/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 5 metacarpo e 5 quirodáctilo da mão direita

Descrição do exame médico pericial: Limitação de 30 graus dos movimentos de flexão do 5 dedo da mão direita

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em janeiro de 2018, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes: Perda parcial da mobilidade do 5 dedo da mão direita pela lesão tendinosa e pelo bloqueio articular

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/05/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais 5 dedo da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador

Médico examinador: Greive Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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 mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: