

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2015

Carta nº: 6517747

A/C: JOSE PEREIRA PAZ

Sinistro: 3150087477
Vítima: JOSE PEREIRA PAZ
Data Acidente: 22/12/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDNA PEREIRA PAZ SARAIVA

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: JOSE PEREIRA PAZ

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000000704-8

Conta: 000000083747-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 7.087,50

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150087477

Cidade: Aracoiaba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEREIRA PAZ

Data do acidente: 22/12/2012

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2015

Valoração do IML: 52,5

Diagnóstico: Trauma em MIE

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes: Limitação funcional em movimento do MIE

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano grave em MIE

Documentos complementares:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Pereira Paz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 200706920188 EXPEDIDO POR S.S.P EM 05/10/2007
 CPF 383805012-04 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Pereira Paz, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0083447-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 21 de Jan de 2015

LOCAL E DATA

PP Edna Pereira Paz Jomica

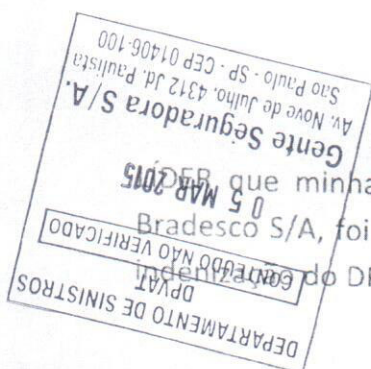
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins junto a SEGURADORA GTE que minha conta nº 0083747-4 na agência nº 0704-8 do Banco Bradesco S/A, foi regularizada e está apta a receber o crédito referente a DPVAT.

Fortaleza/CE, 25 de fevereiro de 2015.

CPF 770 400 313 53

Edna Lirva de Jesus

JOSÉ PEREIRA PAZ

José Pereira Paz

CPF: 383.868.012-04



Correspondente do Banco Bradesco S.A.
PAPELARIA D UARTEADES LTDA ME
RUA JUA CE 060 IM 23/1
Term. Net- Iso 00023157 Data 26/02/2015
Data 26/02/2015 Hora de Brasília 11:23

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agência : 00704 - ARACOTABA
Conta : 000000083747-4
Nome : JOSE PEREIRA PAZ

Depositante : O PROPRIO
FAVORECIDO
Valor em dinheiro
Valor em cheque
Valor total



Ag. Bradesco : 0704 - ARACOTABA
Corresp. Banc. 082 - D UARTEADES
NSU 024459443069 Autenticacao: 527136

O PAPELARIA D UARTEADES LTDA ME atua como Correspondente Bancário do Banco Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

AUDITORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede 000422 Hora Rede 11:23:19



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Pereira Paz
 PORTADOR(A) DO RG Nº 200706920188 EXPEDIDO POR S.S.P EM 05/10/2007
 CPF 383805012-04 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Pereira Paz, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EPP.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0704-8 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0083447-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 21 de Jan de 2015

LOCAL E DATA

PP Edna Pereira Paz Jomica

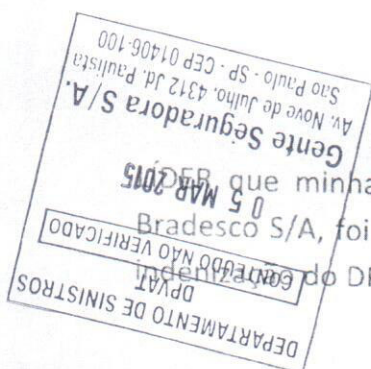
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO



Declaro para os devidos fins junto a SEGURADORA GTE que minha conta nº 0083747-4 na agência nº 0704-8 do Banco Bradesco S/A, foi regularizada e está apta a receber o crédito referente a DPVAT.

Fortaleza/CE, 25 de fevereiro de 2015.

CPF 770 400 313 53

Edna Lirva de Jesus

JOSÉ PEREIRA PAZ

José Pereira Paz

CPF: 383.868.012-04



Correspondente do Banco Bradesco S.A.
PAPELARIA D UARTEADES LTDA ME
RUA JUIA CE 060 IM 23/1
Term. Net- Iso 00023157 Data 26/02/2015
Data 26/02/2015 Hora de Brasília 11:23

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia : 00704 - ARACOTABA
Conta : 000000083747-4
Nome : JOSE PEREIRA PAZ

Depositante : O PROPRIO
FAVORECIDO
Valor em dinheiro
Valor em cheque
Valor total



Ag. Bradesco : 0704 - ARACOTABA
Corresp. Banc. 082 - D UARTEADES
NSU 024459443069 Autenticacao: 527136

O PAPELARIA D UARTEADES LTDA ME atua como Correspondente Bancário do Banco Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

AUDITORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede 000422 Hora Rede 11:23:19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150087477

Cidade: Aracoiaba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEREIRA PAZ

Data do acidente: 22/12/2012

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2015

Valoração do IML: 52,5

Diagnóstico: Trauma em MIE

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes: Limitação funcional em movimento do MIE

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano grave em MIE

Documentos complementares:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150087477

Cidade: Aracoiaba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE PEREIRA PAZ

Data do acidente: 22/12/2012

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2015

Valoração do IML: 52,5

Diagnóstico: Trauma em MIE

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes: Limitação funcional em movimento do MIE

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: Dano grave em MIE

Documentos complementares:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: ARNALDO KACELNIK

CRM do médico: 52.31291-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

