

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10462944

A/C: JUNIELSON DE CARVALHO SILVA

Sinistro: 3170008728 ASL-1209110/16
Vítima: JUNIELSON DE CARVALHO SILVA
Data Acidente: 23/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE DE MACEDO MORAES

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: JUNIELSON DE CARVALHO SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000106362-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170008728 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIELSON DE CARVALHO SILVA **Data do acidente:** 23/10/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO; APRESENTA CICATRIZ E FACE VOLAR DE PUNHO ESQUERDO COM HIPOTROFIA DA MUSCULATURA LOCAL; ADM DE PUNHO ESQUERDO: FLEXÃO: 45º; EXTENSÃO: 30º .

Resultados terapêuticos: PACIENTE ADMITIDO PARA TRATAMENTO CIRURICO DE FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO EM 24/10/2016; EVOLUI COM DOR E RIGIDEZ DE PUNHO ESQUERDO; REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA, POREM PERISISTE COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/01/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho devido à limitação da flexo-extensao (45 e 30 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Altos.

Médico examinador: Adriel Herbert de Castro Leao

CRM do médico: 3888

UF do CRM do médico: PR

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





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, JUNIELSON DE CARVALHO SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.684.227 EXPEDIDO POR SSP-PJ EM 21/05/12 E

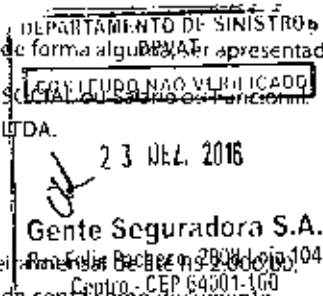
CPF 011.209.224.93-416 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO MECÂNICO

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JUNIELSON DE CARVALHO SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep 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** ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou salário em função;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 106.362-7

DECLARO QUE A CONTÁ 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.

Talita do Rêgo, 13 de Dezembro de 2016
LOCAL E DATA

Junielson de Carvalho Silva
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 0800-0211204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAMPO MAIOR

DATA: 09/12/2016

HORA: 10:32:37

TERMINAL: 06161032

CONTROLE: 061610320289

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0616 / CAMPO MAIOR

CONTA : 013.00.094.271-6

NOME : JAQUELINE PEREIRA DE OLIVEIRA

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0616 / CAMPO MAIOR

CONTA : 013.00.106.362-7

NOME : JUNIELSON DE CARVALHO SILVA

VALOR :

DATA DE EFETIVAÇÃO : 09/12/2016

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTIÚDO NAO VERIFICADO
23 DEZ. 2016
Gente Seguradora S.A. Rua Felix Pacheco, 2008 Loja 104 Centro - CEP 64001-160

DÉBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA DESTINO É DE 30
MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br