

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11535183

A/C: JOSE MARIA DE OLIVEIRA

Sinistro: 3170205196 ASL-0138815/17
Vítima: JOSE MARIA DE OLIVEIRA
Data Acidente: 25/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIDIANE ESTANISLAU DA SILVA

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 MARIA DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000000696-3

Conta: 0000024677-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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 superiores 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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA _____



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.

FU JOSE MARIA DE OLIVEIRA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2003 03000 8005 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 5/12/03
CPF 283596453 49 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA JOSE MARIA DE OLIVEIRA AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

() A Circular Susep nº 445/2012 que trata da prevenção a 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 nao 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 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 Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a abertura 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 nao devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido escritos a 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 234 N.º da AGÊNCIA (com dígito se existir) 06963 N.º da CONTA (com dígito se existir) 24677-8

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

Nº do BANCO _____ N.º da AGÊNCIA (com dígito se existir) _____ N.º 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.

RUSSAS 83 de MARÇO de 17

LOCAL E DATA

Helidiane Estanislau da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

INVESTIDOR
07 ABR 2017
ENTRADA

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 a 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 022126.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170205196

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE MARIA DE OLIVEIRA

Data do acidente: 25/01/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO UMEROS ESQUERDO COM DESVIO

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DO UMEROS, DEFICIT IMPORTANTE DA ABDUÇÃO DO OMBRO E SUA ROTAÇÃO INTERNA; HIPOTROFIA LOCAL, E DEFICIT MODERADO NA FORÇA DE CARGA DO MEMBRO;

Sequelae permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 18/08/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NO MESMO -

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

