

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta n°: 11787444

A/C: JONAS FLORENTINO DE BRITO

**Sinistro:** 3170321424 ASL-0223344/17  
**Vitima:** JONAS FLORENTINO DE BRITO  
**Data Acidente:** 30/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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: JONAS FLORENTINO DE BRITO**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000000696-3**

**Conta: 000004282-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1 'T1%



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, Jonas Florentino de Brito

PORTADOR(A) DO RG Nº 2000030072736 EXPEDIDO POR SSP / CE EM 28/09/2000  
CPF 142630763-20 /CNPJ 0000000000-0000-000, PROFISSÃO APSENTADO  
E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JONAS FLORENTINO DE BRITO, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 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 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](http://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)**

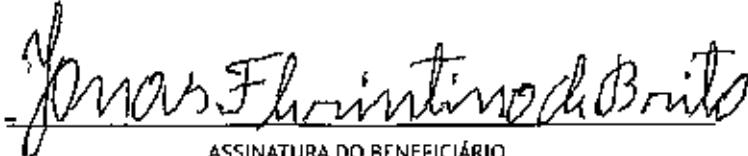
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0696 - 3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 46282 - 0

**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.

RUSSAS - CE, 18 de MAIO de 2017  
LOCAL E DATA

  
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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ASSINATURA AUTORIZADA



Emitiido pelo Banco Bradesco S.A., em caso de perda  
ou furto, comunique imediatamente.

SAC 0800 704-8323 (Móvel) / 0800 727-9988 (Crédito)  
Distribuidora Auditiva ou de Fala 0800 722-0299  
Glossário 0800 727-9933  
bradesco.com.br

Dia & Noite

Banco24Horas



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170321424      **Cidade:** Russas      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONAS FLORENTINO DE BRITO      **Data do acidente:** 30/12/2016      **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do 3º metacarpo, 3º e 4º quirodáctilos esquerdos (apresentou raio-x da época do acidente porém com péssima qualidade).

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa-se de dor e limitação do punho e da mão esquerdos. Ao exame físico vítima apresenta mobilidade do punho esquerdo normal, redução da força manual (força 4/5) e com redução parcial da flexão dos dedos da mão esquerda (não fletem completamente).

**Resultados terapêuticos:** Informa que não realizou tratamento das fraturas pois recusou a realização do tratamento.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Carlos Virgilio de Andrade Chaves

**CRM do médico:** 10790

**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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## 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:**