



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO D

DOCUMENTO 1 "T196"

O 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 Paulo Jon Justino de Sousa
 PORTADOR (A) DO RG Nº 078213 EXPEDIDO POR MTPS-CE EM 02.07.15.
 CPF/CNPJ No. 751.459.053-91, PROFISSÃO Operário
 E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA
Paulo Jon Justino de Sousa AUTORIZO A
 SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 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 POUPOANÇA 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 aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de 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 BANCO 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1640 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38118-0

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

Nº 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.

Manuelmaqui - CE 08. Agosto de 2018
 LOCAL E DATA

COMPREV SEGURO
 E PREVIDÊNCIA S/A
 ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

RECEB. 17 AGO 2018

Nome: JO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimos 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.dpvatsegurodotahsita.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2016

Carta nº: 9589658

A/C: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA

Sinistro: 3160510429 ASL-1026947/16
Vitima: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA
Data Acidente: 21/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIANE SANTOS DE SALES

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10350535

A/C: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA

Sinistro: 3160510429 ASL-1026947/16
Vítima: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA
Data Acidente: 21/08/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIANE SANTOS DE SALES

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: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000081333-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 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: 3160510429 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO JOSE JUSTINO DE SOUSA **Data do acidente:** 21/08/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Entorse no pé esquerdo com ferimento corto contuso na região dorsal.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta edema e instabilidade ligamentar no médio pé com bloqueio da inversão do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador com imobilização por 45 dias.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Roberto Mendes Rodrigues

CRM do médico: 4600

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 um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUCIA ANTUNES CHAGAS

CRM do médico: 52.95117-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

