



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 Dimas de Souza
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2009099044883 EXPEDIDO POR SSP - CE EM ____/____/____ E
 CPF 059357223-80 /CNPJ _____-____-____. PROFISSÃO agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA João Dimas, 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 DPVAT.
- 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 e de depósito de comprovatório 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) 5302-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2941-6

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.

Coopiara-CE, 19 de dezembro de 2014

LOCAL E DATA

< João Dimas de Souza

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.

BRADESCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

24 DEZ. 2014

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

COMPROVANTE DE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE

DATA: 10/12/2014

HORA: 12:04 H

FAVORECIDO: JOSE SIMAO DE SOUSA

AGENCIA: 5302-3 CONTA: 0002941-6

DEPOSITANTE: O PROPRIO FAVORECIDO

AG. ACOLHEDORA: 5302 N. SEQ: 00415 TERM: 101 AUT: 051

VALOR EM DINHEIRO:

22.00

10/12/14
CLIEF401

CADASTRO DE CLIENTES
CONSULTA DE DADOS DA CONTA/CLIENTES

13:20:40
CLIE4010

AGENCIA : 5302/3 - ACOPIARA
RAZAO : 07-05
NOME: JOSE SIMAO DE SOUSA
CONTA : - CE 2.941-6

P.A.C.B.: 063 - MAGAZINE TOINHA
TIPO DA CONTA : INDIVIDUAL
MOVIMENTACAO :
SEGMENTO : 0 - CLIENTE CLASSIC

DATA ABERTURA : 12/08/2014
DT.ULT.ACERTO : 12/08/2014
DT.RESOL.2025 : 12/08/2014
CLIENTE DESDE : 12/08/2014
SITUACAO : CTA. ATIVA

NOME : JOSE SIMAO DE SOUSA
END.CORRESPONDENCIA: R MANOEL F ANDRADE 228 CASA CENTRO
CEP: 63560 - 000

END.CORRESPONDENCIA: RUA MANOEL FERREIRA ANDRADE
COMPLEMENTO: CASA
CEP: 63560 - 000 CIDADE: ACOPIARA
BAIRRO: CENTRO
UF: CE
NRO: 000228

NOVA OPCAO:

PF: 1- DISC. 2- ORIG. CONTA 3- MENU 4- IMPRIME 5- MENU ROTINAS 6- DADOS CLIENTE
9- NOVA CONS. 10- PROCURADOR 11- MENU SERVICOS 12- REPRESENTANTE
*** CONSULTA EFETUADA ***



Conf
Ativa
Soledad Cruz Mendonça
Mat. 101349



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2014

Carta nº: 5652851

A/C: JOSE SIMAO DE SOUSA

Sinistro: 3140009538
Vitima: JOSE SIMAO DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6048205

A/C: JOSE SIMAO DE SOUSA

Sinistro: 3140009538
Vítima: JOSE SIMAO DE SOUSA
Data Acidente: 24/05/2014
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: JOSE SIMAO DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005302-3

Conta: 000002941-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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 joelho 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



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jose Simao de Sousa
Endereço do(a) Examinado(a): Manoel Ferreira Andrade, S/N
Centro Acopiara CE CEP: 63560-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2009099044883
Data local do exame: [03/12/2014] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ IRREGULAR NO JOELHO ESQUERDO, DOR E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO + INSTABILIDADE.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

PERDA FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO, PELA DOR, BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS E INSTABILIDADE.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Sindicato dos Seguros
André de Oliveira Lual
CRM 52643610

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140009538

Cidade: Acopiara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SIMAO DE SOUSA

Data do acidente: 24/05/2014

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PERDA FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO, PELA DOR, BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS E INSTABILIDADE.

Resultados terapêuticos: QUADRO TRATADO DE FORMA CONSERVADORA, COM REPOUSO E MEDICAÇÃO. O PACIENTE NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: DANO MODERADO EM JOELHO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ANDRE DE OLIVEIRA

CRM do médico: 5264

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

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140009538

Cidade: Acopiara

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE SIMAO DE SOUSA

Data do acidente: 24/05/2014

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/11/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA JOELHO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: PERÍCIA ESPECIAL 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

