



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2016

Carta n°: 10276437

A/C: NILTON ARAUJO DE AGUIAR

Sinistro: 3160724489 ASL-1182118/16
Vitima: NILTON ARAUJO DE AGUIAR
Data Acidente: 10/02/2016
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: NILTON ARAUJO DE AGUIAR

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000785

Conta: 0000071946-4

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T%"



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, Nilton Araújo de Aguiar

POR TADOR(A) DO RG Nº 2003661397-0

EXPEDIDO POR SJP - CE

EM 04/09/2010

CPF 0630923263-38 / CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Agricultor
E RENDA MENSAL DE R\$ 700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Nilton Araújo de Aguiar, 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 Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam 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 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 (nístros 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)

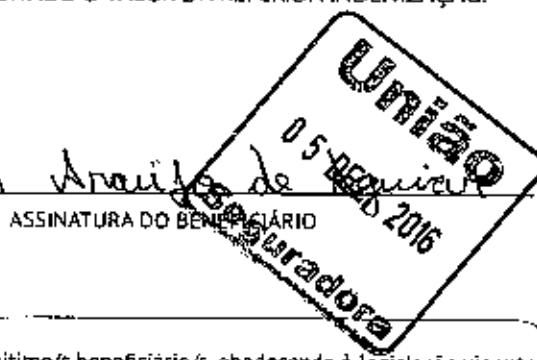
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0785 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 71946-4
DP. 013

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.

Viu-se 09 de Novembro de 2016

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.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG IBIAPABA
DATA: 16/11/2016 HORA: 11:06:27
TERMINAL: 07851013 CONTROLE: 078510130331

COMPROVANTE DE TRANSFERÊNCIA ELETRÔNICA
DE VALORES - TEV

REMETENTE :
CFC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA
CONTA : 013.00.066.459-7
NOME : ANTONIO FABIO DE ARAUJO

FAVORECIDO :
CFC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA
CONTA : 013.00.071.946-4
NOME : NILTON ARAUJO DE AGUIAR

VALOR : R\$ 0,00
DATA DE EFETIVAÇÃO : 16/11/2016

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30

MINUTOS.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

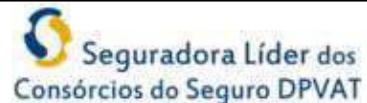
SAC CAIXA: 0800-726 0101

Guvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160724489 **Cidade:** Viçosa do Ceará **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILTON ARAUJO DE AGUIAR **Data do acidente:** 10/02/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ESCAFÓIDE DIREITO

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR E APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO GESSADA , EVOLUINDO COM DIFICULDADES PARA AS EXECUÇÕES DOS MOVIMENTOS DO PUNHO, MESMO APÓS O TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/12/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jose Wellington Menezes

CRM do médico: 10432

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: