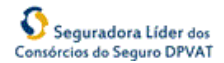


PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013032200**Cidade:** Crateús**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIO GERACI DA COSTA**Data do acidente:** 25/10/2012**Emissor do parecer:** Laerte Felix de Mattos**Seguradora:** CAPEMISA
SEGURADORA DE
VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS
SERVIÇOS MÉDICOS
ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 346363

PARECER

Data da análise: 31/01/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Não**Diagnóstico:** TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO**Resultados terapêuticos:** LUXAÇÃO DE OMBRO**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE DE OMBRO**Sequelas:** Com sequela**Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:** OMBRO 50%**Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 3.375,00**Médico avaliador:** LAERTE**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**- SEGURO DPVAT -**Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.sgcrlider.com.br

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO: _____

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, ANTONIO GERAÍ DA COSTAPORTADOR / A DO RG Nº CNH: 01269503304 EXPEDIDO POR DETRAN-CE EM 13/03/2008CPF 330606223-53 / CNPJ _____ - _____ - _____, PROFISSÃO _____COMERCIANTE E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO GERAÍ DA COSTA

_____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0747 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) OP. 013Nº CONTA-POUPANÇA 73.859-0**RECEBIDO EM:**
16 JAN 2013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CRATEÚS - CEARÁDATA 08/01/2013

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A

Antonio Geraci da Costa**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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.



AUTO-ATENDIMENTO - ag.crateus

DATA: 02/01/2013

HORA: 09:52:42

TERMINAL: 07471687

CONTROLE: 074716870124

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0747.013.00073659-0

NOME: ANTONIO GERACI DA COSTA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 1.000,00

NÚMERO DO ENVELOPE: 3268285548

NÚMERO DE CONTROLE: 002084983

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

