



Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2014

Carta nº: 5272337

A/C: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA

Sinistro: 2014605183  
Vitima: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA  
Data Acidente: 08/02/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/09/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/02/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2014

Carta nº: 5738159

A/C: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA

Sinistro: 2014605183  
Vítima: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA  
Data Acidente: 08/02/2014  
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: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000000645-9

Conta: 0000015536-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

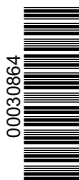
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2014

Carta nº: 4785217

A/C: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA

Sinistro: 2014605183  
Vitima: FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA  
Data Acidente: 08/02/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **29/07/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/02/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Nº DO SINISTRO 2014605183

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, FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 91011014613 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 30/10/08 ECPF 437398303-07 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO VENDE DOR

E RENDA MENSAL DE R\$ — (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1)- Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

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

BANCO 237 AGÊNCIA 0645-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 155 531 - 5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA — (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA —

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Fontaléza DATA 28/08/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco Erivaldo Costa Silva

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

SEGURO DPVAT  
LÍDER  
PROJETO  
CONCEITO  
02-SEN-2014-16-10-700395-1/1  
19 SET 2014  
DPVAT-RJ



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, FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 91011014613 EXPEDIDO POR SSPDS EM 30/10/2008CPF 437398303-87 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO VENDEDOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA, 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 237 AGÊNCIA 0645 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 15536-5☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL FonteiraDATA 03/07/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francisco Erivaldo Costa Silva

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

SENTENÇA VIDE E  
PREVIDÊNCIA SIA  
19/08/2014  
DPVAT-RJ

**Bradesco****Dia & Noite**

BDN - BRADESCO DIA E NOITE  
 EXTRATO CONTA FACIL TERM.039964

FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA 10:08 HRS  
 AGENCIA 0645 CONTA 0015536-5 28/AGO/2014

DISPONIVEL	
+ CONTA FACIL (C/C + PUUP)	0,00
= TOTAL DISPONIVEL .....	0,00
SALDO TOTAL .....	0,00

Demonstrativo para simples conferencia.  
 Sujeito a alteracoes ate o final do dia.  
 Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.  
 SAC Alo Bradesco - 0800 7048383.  
 Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099.  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta-feira, exceto feriados.  
 A declaracao de Quitacao Anual de Tarifas PJ  
 esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

**Bradesco**Crédito - Débito  
Crediário

VALDO SOUZA NO BRASIL

**5067 2758 7135 7106**

5067

07/19 0645 9 0015536 5 01 00

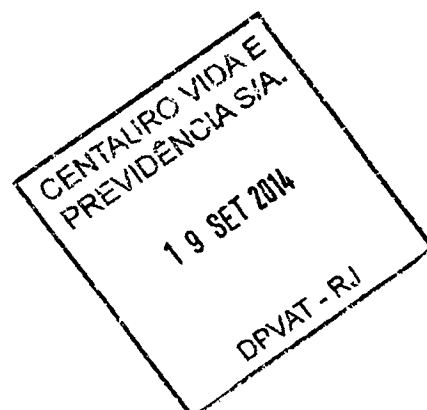
FRANCISCO E COSTA SILVA



elo

SERVIDORA LIDER PROJETO CORRETO

02-SET-2014 16:10 7043396 1/1



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014605183 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO ERIVALDO COSTA SILVA **Data do acidente:** 08/02/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/11/2014

**Valoração do IML:** 17,5

**Diagnóstico:** TRAUMA EM MIE

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DANO LEVE EM MIE

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25%	17,5 %	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

