

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCEILDO FELIPE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 00000038862-9

Nr. da Autenticação C617C2BA34285E77

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170455041 **Cidade:** Rio Branco
Vítima: LUCEILDO FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 19/05/2017
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Luxação acrômio clavicular direita.

Descrição do exame médico pericial: Deformidade e hipotrofia muscular acarretando perda residual da amplitude de movimento do ombro direito.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fios K. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em agosto de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

Sequelas permanentes: Deformidade e hipotrofia muscular

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/09/2017

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Jose Luis Silverio Cabanillas

CRM do médico: 483

UF do CRM do médico: AC

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 ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: JUAN CUEVAS SAUS

CRM do médico: 40989

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



Seguradora Lider - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



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, Lucelito Felipe da Silva

PORTADOR(A) DO RG N° 053.611.372.20 EXPEDIDO POR 66P/AC EM 26/02/16 E
 CPF 334.322.319.234 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Reposar
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Lucelito Felipe da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, utilização 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 Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da 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 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 _____ 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) 33.200.013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 38.862.9

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

Rio Branco/RD de Agosto de 2017 Lucelito Felipe da Silva

LOCAÇÃO 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 tel 11.915/7009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

199-785147123-1

18/JUL/2017 HORA DE 13:52:43

LOT: 30.20499-6 TERM: 006412
LOCALIDADE: RIO BRANCO
AG. VINCULADA: 3329 CONTRAÚLE: 962116206

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3320 013 00000002-9

LUCETILDO FELIPE DA SILVA

VALOR : 

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

199-785147123-1

1ª VIA

18 AGO 2017

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2017

Carta n°: 11699425

A/C: LUCEILDO FELIPE DA SILVA

Sinistro: 3170455041 ASL-0321713/17
Vitima: LUCEILDO FELIPE DA SILVA
Data Acidente: 19/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CHARLENE RIBEIRO DA SILVA

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: LUCEILDO FELIPE DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000003320

Conta: 0000038862-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =	R\$	337,50
--	-----	--------

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.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

