

# 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: 22/03/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIS FRANCISCO DE OLIVEIRA CARVALHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00616

CONTA: 00000070947-7

---

Nr. da Autenticação D79AA64588527230

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

**SEGURO PRIVAT**  
**AUTORIZACAO DE PAGAMENTO**

Seguradora Líder - DPVAT

No. DO'SINISI

1004039

www.dpvatseguro.com.br ou ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

**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, LUIS FRANCISCO DE OLIVEIRA CARVALHO  
PORTADOR/A DO RG No.: 522.433 EXPEDIDO POR SSP EM 18/10/66 E  
CPF 207727343-72 /CNPJ ██████████-██████-██, PROFISSÃO AGRICULTOR  
REFERENTE Á INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LUIS FRANCISCO DE OLIVEIRA CARVALHO, 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. DE 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 194 No. AGÊNCIA 0616 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)  
No. CONTA-POUPANÇA 00070947-7

**DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.**

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA È DE MINHA PROPRIEDADE.  
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES  
ACIMA DESCRIATAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

## ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em contas salário (INSS), conta fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou contas conjuntas quando o beneficiário não for o titular da conta;
  - Não se esqueça de informar os dígitos das agências, caso o dígito exista, principalmente do Banco Bradesco;
  - Certifique-se de que a conta informada esteja ativa;
  - Indique corretamente se a conta informada é poupança ou conta corrente;
  - Tenha sempre um documento bancário para conferência da sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL CAMP: MATCS 29/02/2012 DATA 29/02/2012

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Juiz Francisco de Oliveira Carvalho

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>Número:</b> 2012111616                             | <b>Cidade:</b> Jatobá do Piauí                                      | <b>Natureza:</b> Invalidez                  |
| <b>Vítima:</b> LUIS FRANCISCO DE OLIVEIRA CARVALHO    | <b>Data do acidente:</b> 19/07/2011                                 | <b>Emissor do parecer:</b> Arnaldo Kacelnik |
| <b>Seguradora:</b> SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO | <b>Prestadora:</b> IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA | <b>CRM do médico:</b> 312915                |

## PARECER

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Data da análise:</b>            | 16/03/2012                         |
| <b>Valorização do IML:</b>         |                                    |
| <b>Perícia médica:</b>             | Não                                |
| <b>Diagnóstico:</b>                | FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA      |
| <b>Resultados terapêuticos:</b>    | TTO CIRURGICO                      |
| <b>Sequelas permanentes:</b>       | DANO FUNCIONAL PERMANENTE EM OMBRO |
| <b>Sequelas:</b>                   | Com sequela                        |
| <b>Conduta mantida:</b>            | Não                                |
| <b>Quantificação das sequelas:</b> | DANO MÉDIO DE OMBRO ESQUERDO - IML |
| <b>Documentos complementares:</b>  |                                    |
| <b>Observações:</b>                |                                    |
| <b>Valor pleiteado:</b>            | 3.375,00                           |
| <b>Médico avaliador:</b>           | ARNALDO KACELNIK                   |
| <b>UF do CRM do médico:</b>        | RJ                                 |

## DANOS

| <b>Dano</b>                                   | <b>%</b> | <b>Dimensão</b> | <b>Graduação</b> |
|---|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25       | 1               | 50               |

**Valor avaliado:** 1.687,50