



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, ROBERTO BISPO LIMA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3610417-5 EXPEDIDO POR SEDSIAL EM 28/05/13 E

CPF 120632244-63 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO COBRADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ - (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROBERTO BISPO LIMA, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



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);

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

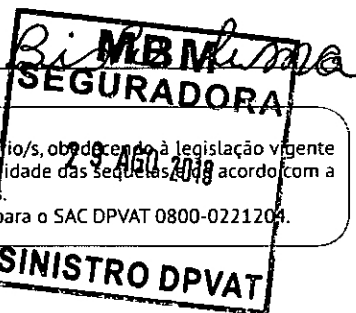
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ 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 4813 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00001051-3

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 ARAPIRACA/AL

DATA 31/10/2013

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Roberto Bispo Lima



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, 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. ARAPIRACA
DATA: 30/07/2013 HORA: 16:02:39
TERMINAL: 00561017 CONTROLE: 005610170531

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 4813.013.00001051-3
NOME: ROBERTO BISPO LIMA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

NÚMERO DO ENVELOPE: 4346365859
NÚMERO DE CONTROLE: 211312332

Movimento do dia encerrado. A confirmação do depósito se dará pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope no próximo dia útil 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



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: 11/09/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO BISPO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04813

CONTA: 000000001051-3

Nr. da Autenticação 719A8714B9A26DEC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013530758**Cidade:** Arapiraca**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ROBERTO BISPO LIMA**Data do acidente:** 01/10/2012**Emissor do parecer:** Arnaldo Kacelnik**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A**Prestadora:** IBMES INST.BRASDE
MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS
LTDA**CRM do médico:** 312915

PARECER

Data da análise:	09/09/2013
Valoração do IML:	
Perícia médica:	Não
Diagnóstico:	FRATURA DO FÊMUR D
Resultados terapêuticos:	TTO CIRÚRGICO
Sequelas permanentes:	DANO FUNCIONAL EM MID
Sequelas:	Com sequela
Conduta mantida:	
Quantificação das sequelas:	DANO LEVE EM MID
Documentos complementares:	
Observações:	
Valor pleiteado:	13.500,00
Médico avaliador:	ARNALDO KACELNIK
UF do CRM do médico:	RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50