

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2014

Carta nº: 5744680

A/C: MASIANO VENTURA

Sinistro: 3140043798
Vitima: MASIANO VENTURA
Data Acidente: 04/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2014

Carta nº: 5797641

A/C: MASIANO VENTURA

Sinistro: 3140043798
Vítima: MASIANO VENTURA
Data Acidente: 04/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

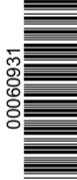
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2016

Carta nº: 9851541

A/C: MASIANO VENTURA

Sinistro: 3140043798 ASL-0855597/14
Vitima: MASIANO VENTURA
Data Acidente: 04/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/01/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento 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 CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10327084

A/C: MASIANO VENTURA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3140043798 ASL-0855597/14

Vitima: MASIANO VENTURA

Data Acidente: 04/01/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **04/01/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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 **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10452971

A/C: MASIANO VENTURA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3140043798 ASL-0855597/14
Vitima: MASIANO VENTURA
Data Acidente: 04/01/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

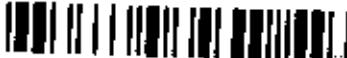




Seguradora Lider • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, MASIANO VENTURA

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.139.736 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 22/01/13 E
 CPF 043589414-48 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MASIANO VENTURA, 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.

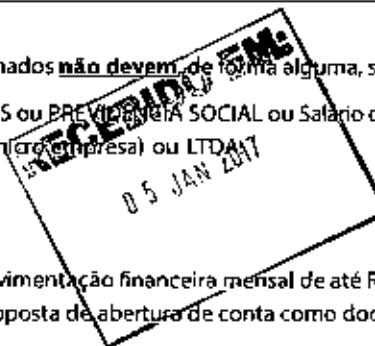
Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (microempresa) ou LTD (ltda);
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 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 de 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) 1296 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17692-9

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

STA TEREZINHA/PB, 22 de DEZEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

Masiano Ventura

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 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 São José do Egito
DATA: 21/12/2016 HORA: 13:38:57
TERMINAL: 12961008 CONTROLE: 129610080662

AGÊNCIA: 1296 - SAO JOSE DO EGITO
CONTA: 013.00017692-9
CLIENTE: MASIANO VENTURA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR. DOC	HISTÓRICO	
		SALDO ANTERIOR	28,91C



Dezembro

13/12	000000	REM BASICA	0,04C
13/12	000000	CRED JUROS	0,14C

RESUMO EM 20/12
SALDO 28,99C

RESUMO DO DIA
BALDO BLOQUEADO 0,00
BALDO DISPONIVEL 28,99C
BALDO TOTAL 28,99C

QUEM RECEBE O SALARIO NA CAIXA TEM
SEMPRE AS MELHORES CONDIÇOES, PROCURE
SUA AGÊNCIA E ANTECipe O 13 SALARIO.

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA: 0800-726 0161
Dúvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Masiano Ventura
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Mato Grosso dos Alves, S/N
Rural Imaculada PB CEP: 58745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 9139736
Data local do exame: [12/12/2014] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

A vítima sofreu fratura na diáfise do rádio direito e luxação da ulna direita
Encontra-se com cicatriz cirúrgica na face radial do antebraço direito, edema e deformidade no punho direito devido a elevação distal da ulna, tem limitação dos movimentos do punho direito, bloqueio da supinação e perda de força na mão direita

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi operada, seno colocado placa com parafusos no rádio direito

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

A vítima encontra-se com perda funcional media no membro superior direito

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

() “Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

membro superior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. J. Bonemer B. de Souza
CRM 5401
Médico

3140/043798

ATO

DOCUMENTO 1 "T1%"



ASL

COMITÉ INTERINSTITUCIONAL
PESQUISAS ACIDENTES DE TRÂNSITO
CIA DE PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

CAPEMISA
11 ABR 2017 4

REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRA

X-GERES-Gerência Regional de Saúde

bruna.usrnbo

19/01/2017 09:26:13

Município de Notificação: Santa Bárbara Data do atendimento: 11/2017 09:26:13

Nome do Paciente: Masielio Gentura

Sexo: (X)M ()F Data de Nascimento: 21/10/1991 Idade: 22 anos

Município de Residência: Imaçulada Estado: PB

Município de ocorrência: Imaçulada PR

Endereço: Sítio - Mata grande das Alves Imaçulada PR

LIGA DE OCORRÊNCIA: (X)Rural ()Urbana 11/2017 09:26:13

()Dom ()Seg ()Ter ()Quar ()Quin ()Sex (X)Sáb 11/2017 09:26:13

TIPO DE VÍTIMA: (X)Condutor ()Pedestre ()Passageiro Adequado ()Passageiro

MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE:

()A pé ()Automóvel (X)Motocicleta ()Bicicleta ()Coletivo ()Veículo Pesado ()Outros

ACIDENTE RELACIONADO AO TRABALHO: ()Sim (X)Não

TIPO DE ACIDENTE: ()Colisão ()Atropelamento (X)Tombamento ()Outros

OUTRA PARTE ENVOLVIDA 11/2017 09:26:13

()Automóvel ()Motocicleta ()Bicicleta ()Coletivo ()Objeto Fixo ()Animal

()Veículo Pesado (X)Não se aplica

MAIS FATORES RELACIONADOS:

Excesso de Velocidade: ()Sim ()Não ()Não se aplica

Usa de Cinto pela Vítima: ()Sim ()Não ()Não se aplica

Avanço de Sinal: ()Sim (X)Não

Usa de Capacete pela vítima: (X)Sim ()Não ()Não se aplica

Sônd do Condutor: ()Sim (X)Não

Usa de Bebida Alcoólica pelo Condutor: (X)Sim ()Não

Condutor tem Habilitação: ()Sim (X)Não

CONDIÇÕES DA VÍTIMA AO CHEGAR A UNIDADE: ()Consciente (X)Inconsciente ()Morte

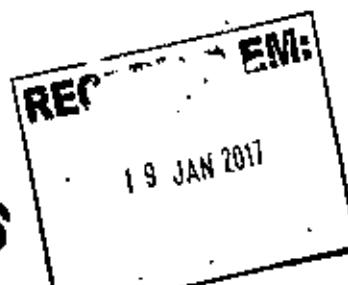
REMÓVIDO PARA O HOSPITAL EM:

()Ambulância ()Veículo particular ()Veículo policial ()A pé ()

()Ignorado (X)Outros: FIAT 30ANO

TRANSFERÊNCIA DA VÍTIMA: (X)Sim ()Não Se Sim Especificar: H.R.E.C. Alagados da Ingazeira

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: bruna.usrnbo Funcário Técnico de enfermagem.



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: 24/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MASIANO VENTURA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01296

CONTA: 000000017692-9

Nr. da Autenticação 0441F6F6D981F520

Imaculada – PB, 09 de Setembro de 2014

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA – INVALIDEZ

VÍTIMA: MASIANO VENTURA

SINISTRO: 2014/577500

DATA DO ACIDENTE: 04/01/2014

Venho por meio desta, informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja reagendado o meu exame, para o qual COMPROMETO-ME A COMPARÉCER na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

TELEFONES DE CONTATO PARA REAGENDAMENTO DE PERÍCIA

(87) 99256890.

(87) 34218003.

RECEBIDO EM:

09 SET 2014

Imaculada – PB, 13 de Outubro de 2014.

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO - RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA – INVALIDEZ

VÍTIMA: MASIANO VENTURA

SINISTRO: 2014/577500

DATA DO ACIDENTE: 04/01/2014

Venho por meio desta, informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja reagendado o meu exame, para o qual COMPROMETO-ME A COMPARÉCER na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s) de contato para reagendamento de perícia:

(87) 99256890.

(87) 34218003.



Imaculada – PB, 23 de Setembro de 2014.

À
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA – INVALIDEZ

VÍTIMA: MASIANO VENTURA

SINISTRO: 2014/577500

DATA DO ACIDENTE: 04/01/2014

Venho por meio desta, informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARCER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s) de contato para reagendamento de perícia:

(87) 99256890.
(87) 34218003.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3140/043 798

< 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, MASIANO VENTURAPORTADOR(A) DO RG N° 9.139.736EXPEDIDO POR SDS - PEEM 22/01/2013

CPF 0003689919-48 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECUSADO
E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSADO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MASIANO VENTURA. 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 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de 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) 1296 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13692-9

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

MACAUBA - PB, 07 de FEVEREIRO de 2016

LOCAL E DATA

Masiano Ventura

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 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.

AUTÔ-ATENÇÃO: Jose do Egito
DATA: 21/12 HORA: 13:36:57
TERMINAL: 12... CONTROLE: 129610000662

AGÊNCIA: 1296 - SÃO JOSE DO EGITO
CONTA: 019.00017692-9
CLIENTE: MASIAND VENTURA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR

Dezenbro

13/12	000000	REM BASICA
13/12	000000	CRED JUROS

RESUMO EM 20/12

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

QUEM RECEBE O SALARIO NA CAIXA TEM
SEMPRE AS MELHORES CONDIÇÕES. PROCURE
SUA AGENCIA E ANTECipe O 13 SALARIO.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726.0104

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Smaculada, 18 de Agosto de 2014.

À

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT
RIO DE JANEIRO – RJ

TERMO DE COMPROMISSO / PEDIDO DE REAGENDAMENTO DE PERÍCIA MÉDICA –
INVALIDEZ

VÍTIMA: Márciano Vintura

SUINISTRO: 20 141 577 500

DATA DO ACIDENTE: 04/01/2014

Venho por meio desta informar que não pude comparecer à perícia agendada.

Tendo em vista que me considero portador de invalidez permanente decorrente do acidente, solicito que seja **reagendado** o meu exame, para o qual **COMPROMETO-ME A COMPARCER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s): (61) 99 25 6890 (fixo)

() _____ (celular)

() _____ (recado com _____)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3140043798

Cidade: Imaculada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MASIANO VENTURA

Data do acidente: 04/01/2014

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura na diáfise do rádio direito e luxação da ulna direita

Descrição do exame médico pericial: Encontra-se com cicatriz cirúrgica na face radial do antebraço direito, edema e deformidade no punho direito devido a elevação distal da ulna, tem limitação dos movimentos do punho direito, bloqueio da supinação e perda de força na mão direita

Resultados terapêuticos: A vitima foi operada, sendo colocado placa com parafusos no rádio direito

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MSD

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/12/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50%	35 %	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: