

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.

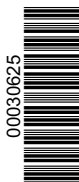
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início 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,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

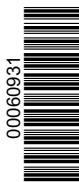
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

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



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 Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

DOCUMENTO 1 *T16*



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 VENTURAPORTADOR(A) DO RG Nº 9.139.736 EXPEDIDO POR SDS/PE EM 22, 01, 13 ECPF 093589414-98 / CNPJ 0000000000-000000-00, 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 aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (microempresa) 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 Lotéticas 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/PE 22 de DEZEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

e 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 Sao Jose do Egito
DATA: 21/12/2016 HORA: 13:36:57
TERMINAL: 12961008 CONTROLE: 129610080662

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO

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

SALDO ANTERIOR			28,81C
----------------	--	--	--------

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

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	28,99C
SALDO TOTAL	28,99C

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

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA: 0800-726 0181

Duvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação Médica

- Dr. Jaramero B. de Sousa
CRM 5401
Médico

ATO



ASL



CONFIDENTIAL
ALL INFORMATION CONTAINED
HEREIN IS UNCLASSIFIED



PERNAMBUCO

CAPEMISA
171 ARD 24

REGISTRO DE VITIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

X-GERES-Gerência Regional de Saúde

Município de Notificação: Santa Tereza

Data do atendimento: 03/03/2014

Nome do Paciente: Mariano Ventura

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

Município de Residência: Imaculada Estado: PR

Município de ocorrência: Imaenitãda - PB Data: 04/01/14 Hora: 14:00 h

Endereço: Sítio - Mata Grande dos Alves - Imaculada PB

LOCAL DE OCORRÊNCIA: (X) Rural () Urbana

Dom () Seg () Ter () Quar () Quint () Sex () Sab ()

Tipo de vítima: (X) Condutor () Pedestre () Passageiro Adequado () Passageiro

MEIO DE LOCOMOÇÃO DA VÍTIMA NO MOMENTO DO ACIDENTE:

() Apê () Automóvel () Motocicleta () Bicicleta () Coletivo () Veículo Pesado () Outros

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

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

OUTRA PARTE ENVOLVIDA

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

Veículo Pesado ☒ Não se aplica

OUTROS FATORES RELACIONADOS:

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

Uso de Cinto pela Vítima: () Sim () Não (X) Não se aplica

Avanço de Sinal: () Sim (X) Não

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

Sob o Condutor: () Sim (X) Não ()

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

Conductor tem Habilidade: ☒ Sim ☐ Não

CONDIÇÕES DA VÍTIMA AO CHEGAR À UNIDADE: () Consciente

REMOVIDO PARA O HOSPITAL EM:

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

Ignorado (X) Outros: FIAT 3000

TRANSFERÊNCIA DA VÍTIMA: ☒ Sim ☐ Não Se Sim Especificar: H. R. F. C. Algodado da Ungezeira

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO: Carla Ribeiro do Amaral Função: Téc de enfermagem

REC-111
19 JAN 2017
EM:

ASL-0855597/14
bruna distribuidor.206
13/01/2017 09:26:13

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 COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmando 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**

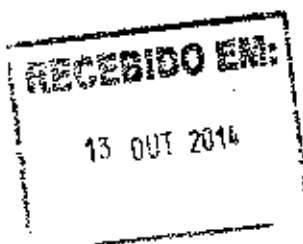
Venho por meio desta, informar que não pude comparecer à perícia agendada.

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 COMPARECER** 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 COMPARECER** 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 2140/043798

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 Nº 9.139736EXPEDIDO POR SDS - PEEM 22/01/2016 ECPF 0193589414-48 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO RECURSADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSADO () 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 até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura desta 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.

IMACULADA - 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 0800-0721204.

AUT0-AIENISSA? Jose do Egito
DATA: 21/12 HORA: 19:36:57
TERMINAL: 12. CONTROLE: 129610000662

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

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO

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

SALDO ANTERIOR

Dezembro

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: 0800-726.0101
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: Mariano Ventura

SINISTRO: 20 14 / 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 COMPARECER** na data e local que forem definidos por V.Sas. Confirmo a seguir meu(s) telefone(s) de contato.

Telefone(s): (87) 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 cirurgica 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:

