

# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: AILTON FERREIRA DO AMARAL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 09113

CONTA: 000000030809-3

---

Autenticação:

31275945C95C56C4BEDFF2921BE1A9D5BF6E54F5CD49622C3A859509199E5429

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013618819

**Cidade:** Campinas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** AILTON FERREIRA DO AMARAL

**Data do acidente:** 19/06/2013

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de Fíbula Distal D

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente vítima de acidente de Moto foi socorrido sendo encaminhado para Hospital Ouro Verde onde após avaliação do colega assistente foi diagnosticado: Fratura de Fíbula Distal D

**Resultados terapêuticos:** Paciente apresenta exame de RX com sua identificação porem sem data apresentando fratura distal de fíbula com desvio em perna D Tratamento: Foi indicado tratamento conservador para o trauma referido da fratura em fíbula distal perna D sendo que ficou imobilizado/ sem deambular por 2 meses. Reabilitação: Realizou reabilitação com fisioterapia e informa que evoluiu com alterações funcionais. Alta: Alta em Dezembro de 2014

**Sequelas permanentes:** Paciente apresenta alteração de ADM em Tornozelo D sendo que consegue realizar os movimentos ativos de Flexão Dorsal que chega até 25 graus e Flexão Plantar que chega até 25 graus, adução 25 graus e abdução 15 graus. Deambula com claudicação +/-+++

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/03/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de Campinas/SP.

**Médico examinador:** Alexandre Ferreira

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

## 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

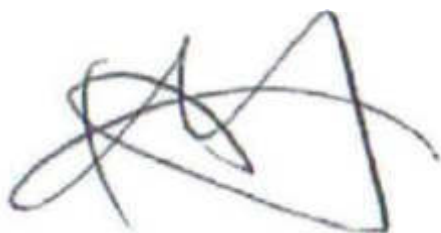
Mozes e Sztrajman Médicos Associados S/C Ltda

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015

Carta nº: 6786265

A/C: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Sinistro: 2013618819  
Vítima: AILTON FERREIRA DO AMARAL  
Data Acidente: 19/06/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000009113

Conta: 0000030809-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 1.687,50

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Favor encaminhar telefone de contato para agendamento de pericia.

Telefone: (19) 3235-3259 Arnaldo

Email: [previsaodpvatcampinas@ig.com.br](mailto:previsaodpvatcampinas@ig.com.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): **AILTON FERREIRA DO AMARAL** Sinistro: **2013618819** Data: **19/06/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Onze, 201, BL 6 AP 52 - Res P Seguro - Campinas - SP - CEP 13057-424**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP/SP/SP** ] **30680197**

Data local do exame: [ **18/03/2015** ] **Campinas** [ **SP** ]

**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)  
**Fratura de Fíbula Distal D. Paciente vítima de acidente de Moto foi socorrido sendo encaminhado para Hospital Ouro Verde onde após avaliação do colega assistente foi diagnosticado: Fratura de Fíbula Distal D**

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.  
**Paciente apresenta exame de RX com sua identificação porem sem data apresentando fratura distal de fíbula com desvio em perna D Tratamento: Foi indicado tratamento conservador para o trauma referido da fratura em fíbula distal perna D sendo que ficou imobilizado/ sem deambular por 2 meses. Reabilitação: Realizou reabilitação com fisioterapia e informa que evoluiu com alterações funcionais. Alta: Alta em Dezembro de 2014**

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.

**Paciente apresenta alteração de ADM em Tornozelo D sendo que consegue realizar os movimentos ativos de Flexão Dorsal que chega até 25 graus e Flexão Plantar que chega até 25 graus, adução 25 graus e abdução 15 graus. Deambula com claudicação +/++++**

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"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):  
**Tornozelo D**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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.

**Procedida avaliação médica na cidade de Campinas/SP.**



DOCUMENTOS E IDENTIFICACAO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES			
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME <b>AILTON FERREIRA DO AMARAL</b>			
DOC. IDENTIFICAD / Data emissão / UF 30680197 / 889/SP		DATA NACIONALIDADE	
CNH 212.679.948-43		13/08/1967	
Pratcação <b>MARCEL PEREIRA DO AMORAL</b> <b>AL</b> <b>RITA MARIA FERREIRA</b>			
PROFISSÃO <b>PROFESSOR</b>	ACC <b>PROFESSOR</b>	CAT. HAB. <b>AB</b>	
Nº REGISTRO <b>Q5982711983</b>	Vigência <b>13/07/2015</b>	Vencimento <b>23/11/2010</b>	
EXERCER ATIVIDADE REMEMBRADA			
<i>Ailton Ferreira do Amaral</i>			
LOCAL <b>CAMPINAS, SP</b>		Data de Emissão <b>10/12/2011</b>	
<i>Daniel Henrique</i>		75304369538 59492650942	
<b>XOELRAN-SP(SAO PAULO)</b>			

**PÁGINA:**

10



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CAMPINAS

## LAUDO PARA EXAME MÉDICO

PRONTO SOCORRO:

Declaro para fins de registro de acidente de trabalho, que o Sr.(a) Altair Pereira da Silva foi atendido neste Pronto Socorro conforme descrito abaixo, referindo que a lesão apresentada tinha sido consequência de acidente de trabalho. O mesmo deverá encaminhar-se para Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou local de trabalho, onde deverá ser submetido a acompanhamento médico e realizar os procedimentos de notificação previdenciária cabíveis para o caso.

DATA DE ATENDIMENTO:

190613

DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES):

Acidente moto

10041.



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

fratura

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET, 2013

09

PÁGINA:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CURATIVO

VAT

SUTURA

MEDICAÇÃO:

MOBILIZAÇÃO

ANALGÉSICOS

ANTIBIÓTICOS

DATA:

190613

MÉDICO DE ATENDIMENTO (assinatura e carimbo)

D. Wanda Edney de Lira  
Ortopedista  
CRM 68033

O PACIENTE DEVE PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

INICIADO:19/06/2013 20:11hs e EMITIDO:19/06/2013 20:19h

Folha :

JRLPPVCBDGEEJG'

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

## Natureza(s):

Espécie: L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro

Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)

Consumado

Local: RUA MARIA GIANOTTI LOVATTO X MIGUEL CAS, 0 - JD SAO JOAO  
CAMPINAS - SP

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: 06 D.P. - CAMPINAS

Ocorrência: 19/06/2013 às 18:00 horas

Comunicação: 19/06/2013 às 20:01 horas

Elaboração: 19/06/2013 às 20:11 horas

Flagrante: Não

## Vitima:

- AILTON FERREIRA DO AMARAL - Não presente ao plantão - RG: 30680197-SP emitido em 08/06/2010 - Exibiu o RG original: Não
- Pai: MANOEL PEREIRA DO AMARAL - Mãe: RITA MARIA FERREIRA
- Natural de: MEDEIROS NETO -BA - Nacionalidade: BRASILEIRA
- Sexo: Masculino - Nascimento: 13/08/1967 45 anos - Estado civil: Casado
- Profissão: AJUDANTE - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 21267994843
- Cutis: Branca - Endereço Residencial: RUA ONZE, 201 - VIDA NOVA I
- CAMPINAS - SP (BLOCO C APTO 52) - Telefones: (19)9147-8845 (Residencial)

## Partes:

- JOSE DOS REIS NUNES DA SILVA - Não presente ao plantão - RG: 18968234-SP emitido em 17/02/2010 - Exibiu o RG original: Não
- Pai: JOAO NUNES DA SILVA - Mãe: MARIA FILHO DOS ANJOS DA SILVA
- Natural de: S.JOAO DO PIAUI -PI - Nacionalidade: BRASILEIRA
- Sexo: Masculino - Nascimento: 06/01/1963 50 anos - Estado civil: Casado
- Profissão: CARPINTEIRO(A) - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 06910906888
- Cutis: Parda - Endereço Residencial: RUA MARIA GIANOTTI LOVATTO, 0
- SAO JOAO - CAMPINAS - SP - Telefones: (19)9238-4248 (Residencial)

## Veículos:

- Placa: BXF3870 - Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP - UF: SP
- Chassis: 9BFZZZ33ZSP004614 - RENAVAL: 634021320

09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia : AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO-CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100

Telefone: (19)3266-5737

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

PÁGINA:





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

INICIADO:19/06/2013 20:11hs e EMITIDO:19/06/2013 20:19h

Folha :

JRLPPVCBDGEEJG'

Marca/Modelo: FORD/VERSAILLES 1.8 I GL - Tipo: AUTOMOVEL  
Ano fabricação: 1995 - Ano modelo: 1995 - Cor: Vermelho  
Combustível: Gasolina - Proprietário: JOSE DOS REIS NUNES DA SILVA  
Ocorrência: Envolvido - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado  
- Placa: DNV3129 - Cidade: CAMPINAS - UF: SP - Chassis: 9C2KC08508R081512  
RENAVAM: 972895132  
Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES - Tipo: MOTOCICLO  
Ano fabricação: 2008 - Ano modelo: 2008 - Cor: Vermelho  
Combustível: Gasolina - Proprietário: EDICARLOS FERREIRA DO AMARAL  
Ocorrência: Envolvido - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado  
Observações: RETIRADA DO LOCAL POR POPULARES

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do acidente.

O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:

- I- Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente no caso de danos pessoais.

Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br), ou pelo telefone 0800-0221204.

Histórico:

Comparece nesta distrital, o Policial Militar Sd. Pm Rocha -RE 138119-9, com a vtr i 47 305 noticiando que pelo local dos fatos o condutor da motocicleta, Ailton, trafegava pela Rua Miguel Cascaldi quando colidiu com o veículo Ford

09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia: AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO-CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100

Telefone: (19)3266-5737



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

INICIADO:19/06/2013 20:11hs e EMITIDO:19/06/2013 20:19h

Folha :  
JRLPPVCBDGEEJG'

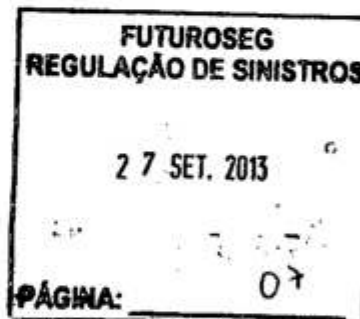
Versales conduzido , Jose . Em razão da colisao Ailton sofreu ferimentos e foi socorrido ao pronto socorro Ouro Verde onde permaneceu internado em razão de fratura na perna direita . Obs.: ocorrencia supervisionada a distancia pelo delpol Dr Mario Bergamo Junior .

Solução:

ENCAMINHAMENTO DP ÁREA DO FATO

CHARLES HENRIQUE M. MATIAS  
AGENTE POLICIAL

LUIS PAULO DE OLIVEIRA SILVA  
DELEGADO DE POLÍCIA



09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia : AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO - CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100

Telefone: (19)3266-5737



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 20131618819

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 estes sejam produtores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização do Banco.

EU, Silton Ferreira do Amaral  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 30680197 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 10/12/11 E  
 CPF 20269998-43 /CNPI 00000000-0000-00 PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 0 MESMO 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 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 de sua existência bancária);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 341 AGÊNCIA 9113 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 28312-2

☐ 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 ITALU

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)



## 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

PÁGINA:

**Itaú Bankline****Comprovante de operação****Transferência de conta corrente para conta corrente****Dados da conta debitada:**

Nome: BRUNO JOSE VALENTIM BERNARDES  
Agência: 9113 Conta corrente: 26844-6

**Dados da conta creditada:**

Nome: AILTON FERREIRA DO AMARAL  
Agência: 9113 Conta corrente: 28312-2

Valor da transferência: R\$ 0,01

Transferência efetuada em 02/10/2013 às 14:05:53h via Internet, CTRL 726732405

**Autenticação:**

9322CA8108DC8F6A932C805C1A5A33166B7ACE3A

Consultas, informações e serviços transacionais, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades); todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

