

# 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: 30/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: DAMIAO MACENA DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00477-4

CONTA: 000000027392-9

---

Nr. da Autenticação 24ABC04B06E7E0DB

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2014

Carta nº: 5594874

A/C: DAMIAO MACENA DE SOUZA

Sinistro: 2014859028  
Vítima: DAMIAO MACENA DE SOUZA  
Data Acidente: 15/09/2014  
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: **DAMIAO MACENA DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000000477-4**

Conta: **0000027392-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014859028 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **DAMIAO MACENA DE SOUZA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA GERONCIO RIBEIRO nº 80 - CENTRO - BENTO FERNANDES/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2085251 - SSP**  
Data local do exame: **22/10/2014 NATAL/RN**

### 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 DO TERÇO MÉDIO DISTAL DA DIÁFISE DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO (RÁDIO E ULNA)

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS DE PEQUENOS FRAGMENTOS. ALTA MÉDICA

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO- APRESENTA DEFORMIDADE ANATÔMICA EM VARO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO, MODERADA LIMITAÇÃO DA SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E MODERADA PERDA DE FORÇA DE SUSTENTAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

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 seqüela 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)

#### MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

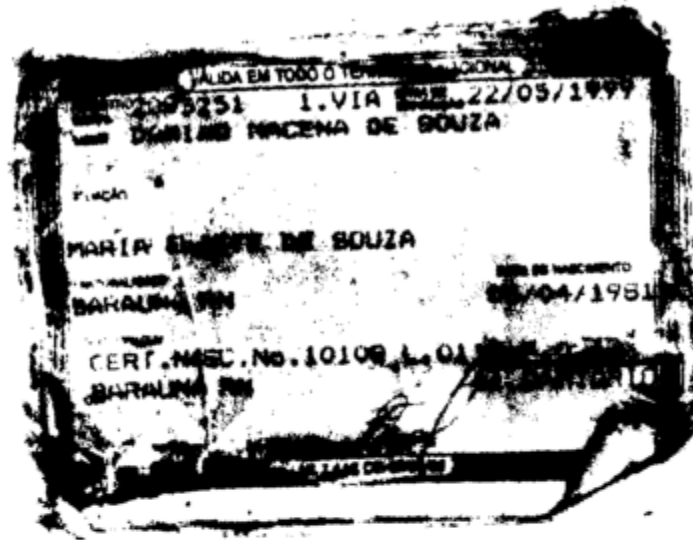
Local e data de realização do exame médico legal:

**RN - NATAL, 22/10/2014**

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**

  
Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.  
Médico - Perito  
CRM: 6302







MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

**010.240.474-74**

Nome

**DAMIAO MACENA DE SOUSA**

Nascimento

**05/04/1981**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



PACIENTE DAMIAO MACENA DE SOUZA

DATA DE 10/09/2014 HORA 08:18 Nº BAA 29358

ENTRADA



IDADE 33 SEXO M ETNIA Pardo CARTÃO SUS 126967916450005

CPF 010.240.474-74 RG 2.085.251 ESTADO CIVIL Casado(a)

NOME DA MÃE MARIA ELIETE DE SOUZA

NOME DO PAI -

NASCIMENTO 05/04/1981

NATURALIDADE Baraúna-RN

TELEFONE (84) 3262-3806

PROFISSÃO Agricultor

RUA/AV. RUA GERONCIO RIBEIRO Nº 80

COMPLEMENTO -

CEP 59550-000

BAIRRO CENTRO

ORIGEM Ambulância - Interior MOTIVO Acidente de Trânsito / Moto - Animal

ACID. DE TRABALHO Não USUÁRIO Francisco

### HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO (ALEGADA)

Paciente vítima de colisão moto - animal (jumento) quando há aproximadamente 04 horas no município de Guanhate. Refere não ter sido socorrido de imediato. Queixa-se de dor em ombro direito e membro superior esquerdo.

### EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A Vias aéreas patentes. Sem crepitações (paciente chegou com corar crepitar)

B Espmaco W (+), Bivallen, Sinais normais. SIRA. FR: 22 ir

C Pulso carotídeo. PR. 2T. BNF. SI S. PR. FC: 79 bpm

D Orientado. Glasgow 15

E Presença de escoriações em MSE, dorso, MEE e membro inferior

### OUTRAS OBSERVAÇÕES

no tórax em FIE  
Assim: Enxofoso, fúido, normotensa, insensível a palpitação, sem sinais de irritação peritoneal.

MME: sem ferida exposta ou deformidades. Presença de escoriações

HORA	PRESSÃO ARTERIAL	DOR	TEMP.	FREQ. RESPIRATÓRIA	FREQ. CARDÍACA	GLASGOW	RTS-SCORE FINAL

DIAGNÓSTICO INICIAL

por traumatismo

CID

Realizado em: 10-9-14 09:05  
Téc. Enf.: LUCINALVA

ULTRASSONOGRAFIA

Realizado em: 10/09/14

Téc. Enf.: [Assinatura]

07 OUT 2014

Gente Seguradora SIA  
Av. Carlos Gomes, 350 - POA/RS

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Presente no trauma de acidente de moto apresentando dor em ombro D e punho D

EXAME FÍSICO

Escaneável

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de Galeazzi

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

Inserido Arquivo  
Classificação

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Curativo  
Tala axila - palmar  
Tala  
AAR

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4421  
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA:

/ /

HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4421  
Médico (Carimbo)

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA:

/ /

HORA:

SAÍDA:

DATA:

/ /

HORA:

À Revelia ☐

Transferido para:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

Presente no turno de acidente de moto apresentando dor em ombro D e punho D

EXAME FÍSICO

Escaneável

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura de Galeazzi

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

Insusceptível  
Chlamydia

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Curativo  
Tala axila - palmar  
Tala  
AAR

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4421  
Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

Ortopedia

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica ☐

À Revelia ☐

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

Entregue à família

com Atestado ☐

S.V.O. ☐

I.T.E.P. ☐

Dr. Kleidson Bastos  
ORTOPEDISTA  
CRM 4421  
Médico (Carimbo)

DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO CIVIL  
VERIFICADO  
CONTINUA  
Destaca nessa linha e entregar ao paciente após a sua liberação  
Nº do Boletim de Atendimento: 10-OUT 2014  
Conte Seg. SIA  
Av. Carlos Gomes, 350 - POAIRS

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

CAR

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO / AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

CD: 114269034

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - ESTABELECIMENTO DO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Dams Moreira de Souza</i>	6 - N DO PROTOCOLO			
7 - CARTÃO NACIONAL / SUS <i>12696791645005</i>	8 - DATA DE NASCIMENTO <i>05/04/1981</i>	9 - SEXO <i>MASCULINO</i>	10 - <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Maria Elte de Souza</i>	12 - TELEFONE DE CONTATO <i>3262-3806</i>			
13 - DEREO (RUA, N) <i>Rua Jerns Ribeiro - 80</i>	14 - MUNICÍPIO <i>João Câmara</i>	15 - BAIRRO <i>Centro</i>	16 - UF <i>RN</i>	17 - CEP

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente interno de queda de moto apresentando dor em</i>	19 - CONDIOES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>fratura de ombro</i>
--	--

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS) <i>DX</i>
---

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de ombro</i>	22 - CID INICIAL <i>S52.5</i>	23 - CID SECUNDÁRIO <i>S43.1</i>	24 - LAUDOS ASSOCIADOS
---	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO <i>Tratamento cirúrgico</i>	26 - LEITO / CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Dr. Kleison Bastos</i>
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>000000</i>	30 - DT SOLICITAÇÃO <i>10/09/14</i>	31 - CNS / CPF	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - N DO BILHETE	36 - BNUS
37 - ( ) ACID. TRABALHO TPICO	38 - CNPJ	39 - ( ) ACID. TRABALHO TRAJETO	40 -
41 - CID PRINCIPAL	DESCRIÇÃO... CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL		
42 - CID SECUNDÁRIO	43 - ( )	44 - ( ) GRAVE	45 - ( ) GRAVÍSSIMA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROF. AUTORIZADO	47 - NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO	48 - N DA AUTORIZAÇÃO DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)
49 - DT AUTORIZ.	50 - DT AUTORIZ.	51 -
52 - CNS / CPF	53 - ASSINATURA E CARIMBO (N REG. CONSELHO)	54 -

ESTE HOSPITAL  SEU,  MEU,  NOSSO.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1556/2014**

112886

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
DATA E HORÁRIO DO FATO: 10/09/2014 ÀS 04H45MIN.  
LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA BR 406, ENTRE JANDAÍRA E BAIXA DO MEIO  
DATA DO REGISTRO: 15/09/2014 ÀS 10H37MIN.

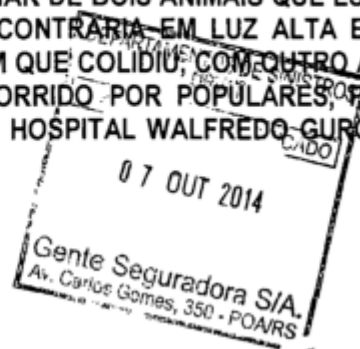
COMUNICANTE: DAMIÃO MACENA DE SOUZA  
FILIAÇÃO: MARIA ELIETE DE SOUZA  
ENDEREÇO: RUA GERÔNICO RIBEIRO, Nº 80, CENTRO, JOÃO CÂMARA/RN  
DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1981 SEXO: MASC. PROFISSÃO: AGRICULTOR  
TELEFONE: (084) 3262-3806 NATURALIDADE: BARAÚNAS/RN ESTADO CIVIL: CASADO  
DOCUMENTO: 2085251 SSP/RN

VÍTIMA: O MESMO  
FILIAÇÃO:  
ENDEREÇO:  
DATA DE NASCIMENTO: SEXO: TELEFONE: (084) PROFISSÃO:  
NATURALIDADE: ESTADO CIVIL:  
DOCUMENTO:

ACUSADO:  
ENDEREÇO:  
REFERÊNCIA:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O(A) COMUNICANTE INFORMA QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUE A VÍTIMA ESTAVA PILOTANDO, SUA MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESDI, PRETA, PLACA QJT-6241, 2012/2013, CHASSI Nº 9C2KC1680DR301486, RENAVAM Nº 00507849850, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO CANINDÉ DE SOUZA, QUE AO DESVIAR DE DOIS ANIMAIS QUE ESTAVAM NA PISTA DE SUA DIREÇÃO, UM CAMINHÃO FOCOU NA PISTA CONTRÁRIA EM LUZ ALTA EM SUA DIREÇÃO, DEIXANDO-O SEM VER COM CLAREZA, NO MOMENTO EM QUE COLIDIU COM OUTRO ANIMAL QUE ESTAVA MAIS A FRENTE, CAINDO AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO POR POPULARES, PARA O PRONTO SOCORRO DE BAIXA DO MEIO E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL WALFREDO GURGEL EM NATAL, NADA MAIS DISSE..

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: ENCAMINHADO AO CARTÓRIO



*Damião Macena de Souza*  
Assinatura da Declarante  
15 de SETEMBRO de 2014

APC NETO, Mat. 203.999-0  
15 de SETEMBRO de 2014



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, \_\_\_\_\_

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.085.251 EXPEDIDO POR SSP-RN EM 22/05/99 E  
 CPF 0310240474-74 / CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO Revisor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Dominiano Moreira de Souza, 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 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](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 DO3 AGÊNCIA 0477-4 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 27.392-9

☐ 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 \_\_\_\_\_

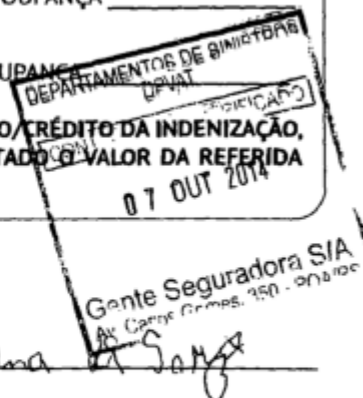
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (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 memoró - RN DATA 23/09/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) X Dominiano Moreira de Souza



! 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.



0477-4

27392-9

