

Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10120924

A/C: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Sinistro: 3160661282 ASL-1137051/16
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO
Data Acidente: 29/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO EMERSON RODRIGUES

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: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000760

Conta: 000000043836-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO RF

DOCUMENTO 1 "11%"



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.

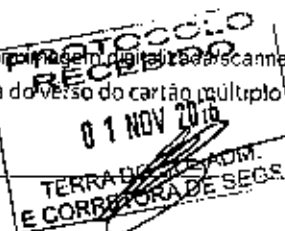
Eu, Francisco Rodrigues de Carvalho, PORTADOR(A) DO RG Nº 970.883, EXPEDIDO POR ITAPICUA EM 06/06/13 DE CPF 970.610.394-99 CNPJ 00000000.00000000, PROFISSÃO agricultor E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA Francisco Rodrigues de Carvalho, 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 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 por 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) 0760 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043836-1

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.

LOCAL E DATA

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.

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

274-585409721-0

30/SET/2016

HORA DE 14:58:17

LOT: 17.18275-4

TERM: 013860

LOCALIDADE: JOAO CAMARA

AG. VINCULADA: 0700

CONTROLE: 005049626

DEPOSITO EM DINHEIRO

3760-013-00043836-1
FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO

VALOR

10,00

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

274-585409721-0

1ª VIA

PROTOCOLO
RECEBIDO
01 NOV 2016
TERRA DO SOL ADM.
E CORRETORA DE SEC.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160661282 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO RODRIGUES DE CARVALHO **Data do acidente:** 29/01/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. TRAUMA DE FACE. FRATURA NA MAXILA ESQUERDA. FRATURA NA MANDÍBULA À ESQUERDA (RAMO E CÔNDILO) E NO ZIGOMA (LE FORT II).

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE PARESTESIAS DO LADO DIREITO E ESQUERDO DA FACE. NÃO CONSEGUE ABRIR A BOCA E ALIMENTA-SE DE LÍQUIDO PASTOSO. RELATA VISÃO TURVA NO OLHO DIREITO, COM PERDA DA VISÃO LATERAL DESSE OLHO. VERTIGENS AOS MOVIMENTOS BRUSCOS DA CABEÇA. VÍTIMA COM REDUÇÃO DA ABERTURA BUCAL, ASSIMETRIA FACIAL LEVE À DIREITA, HIPOFTALMO À DIREITA. DOR À DIGITO PRESSÃO AO NÍVEL DO ZIGOMA ESQUERDO. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE E DAS FRATURAS DE FACE, PERMANECENDO INTERNADA POR CERCA DE 2 DIAS. EM 17/02/16 REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E OSTEOSSÍNTESE DAS FRATURAS DE FACE COM MINIPLACAS (3) E MINIPARAFUSOS. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Dano crânio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/11/2016

Conduta mantida:

Observações: A VÍTIMA NÃO PORTAVA RX DAS FRATURAS DESCRITAS ACIMA, NEM LAUDO DO OFTALMOLOGISTA.

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

