

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2017

Carta n°: 11382390

A/C: MARCOS VINICIUS DE OLIVEIRA E SILVA

Sinistro: 3170368259 ASL-0259208/17
Vitima: MARCOS VINICIUS DE OLIVEIRA E SILVA
Data Acidente: 07/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JUCILENE DA SILVA PEREIRA

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: MARCOS VINICIUS DE OLIVEIRA E SILVA

Valor: R\$ 7.593,75

Banco: 104

Agência: 000000616

Conta: 00000108933-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.593,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas abdominais 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 médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
--	-----	-----------------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
---	-----	---------------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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, MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA E SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 3.100-150 EXPEDIDO POR SSP-PB EM 30/01/07 E

CPF 016.927.389.234-41 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 935,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCOS VENÍCIOS DE OLIVEIRA E SILVA. 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 POUPIANÇA 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 108-933-2

06 JUL 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0616 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 108-933-2

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.

Campos Maior, 23 de Junho

LOCAL E DATA



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Marina Lucilene da Silva - vítima

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.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

ATENÇÃO: NÚMERO DE DOCUMENTO
NÚMERO DE DOCUMENTO
NÚMERO DE DOCUMENTO

CATXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 23/06/2017

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO |MOVTO. E SALDO DO DIA
PAG: 001 / 001
AG: 0616 - CAMPO MAIOR
NOME: MARCOS VINICIUS DE OLIVET
DISPONIVEL: 0,00
SALDO TOTAL: 0,00
OPER: 013 CONTA: 108.933-2
LIMITE FLUTUANTE GIM:
LIMITE CHEQUE AZUL:
BLOQUEADO:

NR. DOC	HISTORICO	VALOR

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. TEF24DC6
F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR
04771

04771

04771

06 JUL 2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170368259 **Cidade:** Campo Maior **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCOS VINICIUS DE OLIVEIRA E **Data do acidente:** 07/03/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA
SILVA

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA ABDOMINAL
-LACERACAO PARENQUIMATOSA HEPATICA COMPROMETENDO PRINCIPALMENTE OS SEGMENTOS VI E VII E COM
EXTENSÃO CAPSULAR.
-LIQUIDO NO POLO INFERIOR DO RIM DIREITO
LACERACAO NO POLO INFERIOR DO RIM DIREITO
FRATURA DA ESCAPULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE RELATA DOR ABDOMINAL DIFUSA, MAIS PROEMINENTE E HIPOCÔNDRIO DIREITO POS CIRURGIA, COM ALTERAÇÃO DA MARCHA POR CONTA DA DOR LOCAL, JUNTAMENTE COM DOR DISCRETA EM OMBRO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO SUPERIOR, COM LIMITAÇÃO DISCRETA NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO.

Resultados terapêuticos: LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM HEPATORRAFIA
TRATAMENTO CONSERVADOR DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DE ESTRUTURAS ABDOMINAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/07/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Frederico Fonseca de Oliveira

CRM do médico: 5058

UF do CRM do médico: PI

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 abdominais 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 médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	56,25 %	R\$ 7.593,75

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

