

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2015

Carta n°: 8023359

A/C: GERONILSON DE OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3150804493
Vitima: GERONILSON DE OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 09/05/2015
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: GERONILSON DE OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000985-7

Conta: 000002394-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

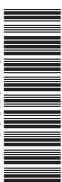
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

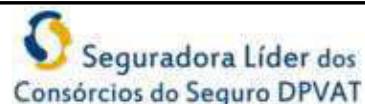
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150804493 **Cidade:** Jatobá do Piauí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERONILSON DE OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/05/2015 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO, COM ESCORIAÇÕES E LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR.

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR, AO EXAME, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: REALIZADA IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA POR 90 DIAS, USO DE ANALGÉSICOS POR 15 DIAS.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Leandro Paixão Torres

CRM do médico: 2989

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"

Nº DO SINISTRO _____



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, GERONILSON DE OLIVEIRA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG N° 3-716.126 EXPEDIDO POR SSP/PT EM 20/03/2012
 CPF 076024353-03 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTE
 E RENDA MENSAL DE R\$ 400,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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.

(EDR)

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scâner do lado, 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.

05 AGO. 2015

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) PROTOCOLO

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 985 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02394-9

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.

JATIBA DOPIAU, 10 de SETEMBRO de 2015 Geronilson de Oliveira da Silva

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.

FIRST DATA DO BRASIL
MSU-FDB-OM: 000783889155 MS: 31550886

Data: 31/07/2015 Hora de Brasilia: 12:29

Deposito em Conta Poupanca

Favorecido
Banco : 227
Agencia: 00985 - CAMPO MAIOR
Conta : 0000000002394-9
Nome : GERONILSON DE OLIVEIRA DA
SILV

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro : 10,00
Valor em cheque : 0,00
Valor total : 10,00

Ag.Bradescos : 0005 - CAMPO MAIOR
Corresp.Banc.: 128 - DROGARIA SAO
FRANCISCO
MSU: 025659605998 Autenticacao: 198498

O F. C. LEITE BARBOSA atua como
Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

CONVIDORIA BRADESCO
0000 727 9809

(EDR)
Serv. Téc. de Sags. Ltda.
05 AGO. 2015
PROTÓCOLO