



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8681974

A/C: JONAS GUSTAVO BATISTA

Sinistro: 3160007212  
Vítima: JONAS GUSTAVO BATISTA  
Data Acidente: 09/11/2015  
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: JONAS GUSTAVO BATISTA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 237

Agência: 000000713-7

Conta: 000000511716-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160007212

**Cidade:** Aquiraz

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JONAS GUSTAVO BATISTA

**Data do acidente:** 09/11/2015

**Seguradora:** COMPREV SEGUROS E  
PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da diáfise dos ossos do antebraço esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame, bloqueio na flexoextensão do punho esquerdo, bloqueio na pronosupinação do antebraço esquerdo e na extensão do cotovelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Recebeu fixação com placa e parafusos. Fez 4 sessões de fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/01/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Roberto Mendes Rodrigues

**CRM do médico:** 4600

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
<b>Total</b>			<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

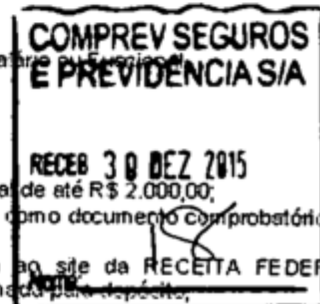
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu Jonas Gustavo Batista  
PORTADOR (A) DO RG Nº 200501415619 EXPEDIDO POR SSP-G EM 18/06/2010  
CPF/CNPJ No. 052.544.243-03 . PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jonas Gustavo Batista.  
SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\* ) A Circular Susep nº 446/2012, 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 Benefício;
- Conta Em presarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- 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 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 de 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](http://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 BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0713-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0511716-0

PARA CRÉDITO EM CONTA POUpança (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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.

Fortaliza - Ce 23-12-2015  
LOCAL E DATA

Jonas Gustavo Batista  
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

**ATENÇÃO**

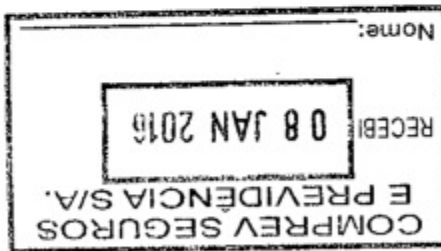
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11946/2009) 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.

WWW.BANCO24HORAS.COM.BR  
 Impressão em papel termossensível com  
 vida útil de 5 anos. Evite contato com  
 plásticos, produtos químicos, exposições  
 ao calor, umidade, luz do sol e lâmpadas.

Para informações, entre em contato com  
 o Atendimento ao Cliente, tendo sempre  
 em mãos o número de seu cartão.

Obrigado  
 "Tenha uma boa tarde"

Demonstrativo para simples conferência.  
 Sujeito a alterações até o final do dia.  
 Fone Fácil - 4002 0022/0800 570 0022.  
 SAC - Alô Bradesco - 0800 704 8383.  
 Deficiência Auditiva/Fala 0800 7220099.  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.  
 Ouvidoria - 0800 727 9933 das 8 às 18h,  
 segunda a sexta-feira, exceto feriado.  
 Declaração de Quitação Anual de Tarifas  
 PF já esta disponível para consulta.



EXTRATO

TERM:00015338  
 16:49MS  
 AGENCIA 0713 CONTA 0511716-0 18/DEZ/2015

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL ..... 34,50-  
 + CONTA FACIL (C/C + Poup) ..... 34,50-  
 TOTAL DE RECURSOS ..... 34,50-

MOVIMENTAÇÃO - (C/C + Poup)  
 -----FEVEREIRO/2014-----  
 DIA HISTORICO N.DOCIO VALOR  
 SALDO ANTERIOR 0,00  
 -----DEZEMBRO/2015-----  
 18 TARIFA BANCMARIA 0081015  
 CESTA BRADESCO EXPRE  
 TARIFA BANCMARIA 0111215  
 CESTA BRADESCO EXPRE  
 TARIFA BANCMARIA 0121115  
 CESTA BRADESCO EXPRE  
 SALDO TOTAL

DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO  
 SUP JURANDI 0015338  
 18/12/2015  
 16:48:15 (Horário de Brasília)  
 ID:73120011-6955