



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2016

Carta n°: 8681974

A/C: JONAS GUSTAVO BATISTA

Sinistro: 3160007212
Vitima: 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.

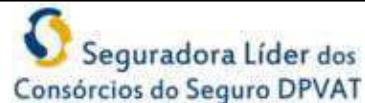
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

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 Ao exame, bloqueio na flexoextensão do punho esquerdo, bloqueio na pronosupinação do antebraço esquerdo e na **médico pericial:** 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
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

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

DOCUMENTO 1 - T1%

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.

POR PORTADOR (A) DO RG Nº 2005014112619 EXPEDIDO POR SSP-C 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 VITIMA Jonas Gustavo Batista. AUTORIZO A 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 Férias;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta corrente 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Ldéricas 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, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 30 DEZ 2015

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 POUPIANÇA (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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

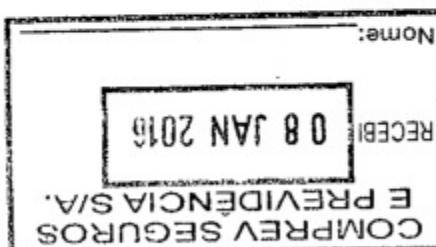
Everaldo - Ce 23-12-2015
LOCAL E DATA

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 aos legítimos beneficiários, 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 11.946/2009) 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ao calor, umidade, luz do sol e lampadas.
plasticos, produtos quimicos, exposicao
vida útil de 5 anos. Evite contato com
impresso em papel termosensivel com
www.banco24horas.com.br
em maos o numero de seu cartao.
Para informacoes, entre em contato com
o Atendimento ao Cliente, tendo sempre
diligindo, "tenha uma boa tarde".

PF ja esta disponivel para consulta.
Declaracao de utilizacao anual de brilhos
segunda a sexta-feira, exceto feriados.
ouvidoria - 0800 777 9933 das 8 as 18h,
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 7220099
SAC - A10 Bradesco - 0800 704 8383.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Demonstrativo para simples consultoria.
Saldo TOTAL
CESTA BRADESCO EXPRE
TARIFA BANCARIA 012115
CESTA BRADESCO EXPRE
TARIFA BANCARIA 011125
CESTA BRADESCO EXPRE
TARIFA BANCARIA 008105
-----DEZEMBRO/2015-----
VALOR 0,00
DIA HISTORICO NODOCTO
MOVIMENTACAO - . (C/C + PUP)
TOTAL DE RECURSOS 34,50-
+ CONTA FACIL (C/C + PUP) 34,50-
= TOTAL DISPONIVEL DISPONIVEL
TERM.00015388 JCONS GUSTAVO BATISTA 0511716-0 18/DEZ/2015
AGENCIA 0713 - CONTA 16:49HRS
Extrato.

0015388 SUP JURANDI 18/12/2015
-----DEMONSTRATIVO DE OPERACAO -----
16:48:15 (Horario de Brasilia) ID:73120011-6955
*****6208