

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO ALVES PESSOA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 000000045261-3

Nr. da Autenticação DE9CF3EA0006D032

Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2017

Carta nº: 11831259

A/C: EDINALDO ALVES PESSOA FILHO

Sinistro: 3170528499 ASL-0376854/17
Vítima: EDINALDO ALVES PESSOA FILHO
Data Acidente: 08/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NELLE ROZE SOARES MARQUES

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: **EDINALDO ALVES PESSOA FILHO**

Valor: **R\$ 4.218,75**

Banco: **104**

Agência: **000001989**

Conta: **0000045261-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



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, Edinaldo Alves Pessoa Filho
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.394.970 EXPEDIDO POR SSPIPE EM 27/08/10 E
CPF 056394003-40 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Pizzaiolo
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edinaldo Alves Pessoa Filho, 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 aparecerem 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 de até R\$ 2.000,00.
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal).
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com finalidade financeira mensal de até R\$ 2.000,00.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesse momento revólver e apresentação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários).
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização no CPF do beneficiário (recomendamos a consulta em www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no Sinistro que não é o mesmo da conta bancária usada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 304 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3989 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 45.261-3

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.

Teresina, 26 de Setembro de 2017 LOCAL E DATA
Edinaldo Alves Pessoa Filho ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 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 0800-07 21204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 21/09/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1989 COSTA E SILVA
PERIODO: 21092017 ATE: 21092017
NOME: EDINALDO ALVES PESSOA FIL

OPER: 013 CONTA: 45.261-3
CPF: 056.394.003-40
VLR.BLQ.JUD.

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

SALDO EM 20/09/2017 R\$
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG.

TEW245E3
F12 FINALIZAR



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170528499 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO ALVES PESSOA FILHO **Data do acidente:** 08/01/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA BACIA:
- FRATURA COMINUTIVA NA PORÇÃO SUPERIOR DA ASA DO ILÍACO DIREITO
FRATURA NA CLAVICULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE EVOLUI COM DOR EM QUADRIL AOS ESFORÇOS, COM MARCHA CLAUDICANTE, COM DIFICULDADE PARA AGACHAR, COM LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO JUNTAMENTE COM DOR EM PUNHO DIREITO AOS ESFORÇOS, COM DIFICULDADE PARA ELEVAÇÃO DE CARGAS, COM DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DA MÃO, COM LIMITAÇÃO MODERADA NOS MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA BACIA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/10/2017

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

