

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01122-3

CONTA: 000010016191-X

Nr. da Autenticação D936ACEED520ED6C



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2016

Carta nº: 9321246

A/C: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

Sinistro: 3160337765 ASL-0901317/16
Vítima: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA
Data Acidente: 13/11/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO REIS DOS SANTOS CARVALHO

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: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000001122-3

Conta: 000010016191-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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,

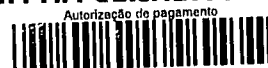
Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

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, José da Cruz Nononha da Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 2.627.586 EXPEDIDO POR SSP PI EM 28/10/15 E
CPF 018148943-06 /CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO TB. Rural
E RENDA MENSAL DE R\$ 350,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo, 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 Lotéticas 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16.

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

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1122-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16.591-8

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.

Tersina B. 04 de Maio de 2016
LOCAL E DATA

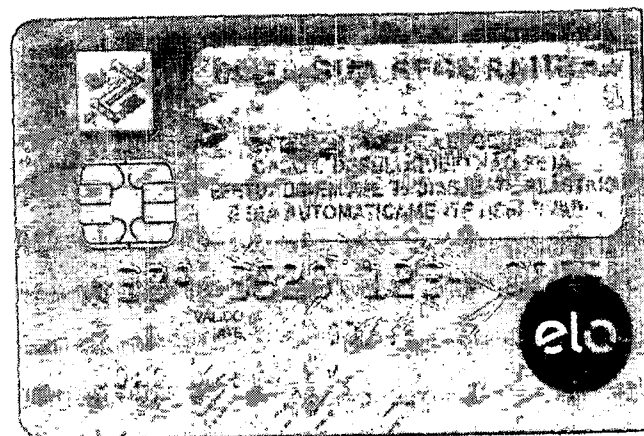
José da Cruz Nononha da Silva
VIACAP DPVAT
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

31 MAI 2016



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.



AG: 1122-3

C/P: 16191-8

VIACAP DPVAT

31 MAI 2016

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160337765 **Cidade:** Regeneração **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO DA CRUZ NORONHA DA SILVA **Data do acidente:** 13/11/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura cominutiva no fêmur esquerdo (região proximal e distal). Fratura do 4º arco costal direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico vítima apresenta extensa cicatriz cirúrgica na região anterior da coxa com extensão até o joelho esquerdo, hipotrofia da musculatura da coxa e perna esquerda, marcha claudicante e com auxílio de muletas, redução da força muscular dos movimentos do quadril e joelho e diminuição dos movimentos articulares de flexão e extensão do joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima submetida à tratamento cirúrgico ortopédico com osteossíntese, colocação de placa DCS e parafuso, além do uso de antibióticos, anti-inflamatórios, e analgésicos. Refere que não fez fisioterapia. Recebeu alta definitiva do tratamento médico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/06/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Mauro Ricardo Ramos Bilibio

CRM do médico: 6373

UF do CRM do médico: MA

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 inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

