

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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, JANIELE MARTINS DA FONSECA

PORTADORA(A) DO RG Nº 003.797.532

EXPEDIDO POR SFS/005/AN

EM 09/09/16 E

CPF 147.006.804-40 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO RECURSO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JANIELE MARTINS DA FONSECA 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 Lotáticas 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2703-0 N° da CONTA (com dígito, se existir) 17492-0

VAR-51

17492-0

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.

PARAIBA - PB, 09 de AGOSTO de 2017
LOCAL E DATA

Janiele Martins da Fonseca
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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
06/09/2017 AUTO-ATENDIMENTO 09.25.45
134401344 002

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA
DA CONTA CORRENTE PARA POUPANCA

DEBITADO

AGENCIA: 1344-7 CONTA: 11.780-3
CLIENTE: JOSE ALVES PESSOA

FAVORECIDO

AGENCIA: 2703-0 CONTA: 17.492-0 VAR: 51
CLIENTE: JANIELE M DA FONSECA
VALOR: 

TRANSFERENCIA IMEDIATA

Créditos a partir de 04/05/2012 estão
disciplinados pela Lei 12.703.



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: 16/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANIELE MARTINS DA FONSECA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02703-0

CONTA: 000010017492-2

Nr. da Autenticação 62E8EDBB8B64B80D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170522194 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIELE MARTINS DA FONSECA **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/01/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

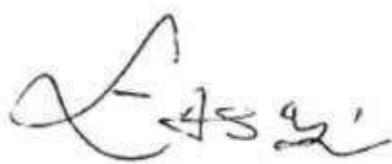
VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170522194 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JANIELE MARTINS DA FONSECA **Data do acidente:** 03/05/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: FRATURA DE RÁDIO DISTAL DIREITO: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE STEINMANN E FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA; EVOLUIU COM LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/01/2018

Conduta mantida:

Observações: * NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Médico examinador: JOAO FERNANDES DE SOUZA

CRM do médico: 2732 PB

UF do CRM do médico: PB

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 punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

