



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10111773

A/C: ANANIAS DE LIMA

Sinistro: 3160640191 ASL-1116027/16
Vítima: ANANIAS DE LIMA
Data Acidente: 23/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ROSANA DA SILVA LIMA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10189144

A/C: ANANIAS DE LIMA

Sinistro: 3160640191 ASL-1116027/16
Vítima: ANANIAS DE LIMA
Data Acidente: 23/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ROSANA DA SILVA LIMA

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: ANANIAS DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000693-9

Conta: 0000021335-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Outubro de 2016

Carta nº: 9935252

A/C: ANANIAS DE LIMA

Sinistro: 3160640191 ASL-1116027/16
Vitima: ANANIAS DE LIMA
Data Acidente: 23/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA ROSANA DA SILVA LIMA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160640191

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANANIAS DE LIMA

Data do acidente: 23/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO
TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO COCCÍGEA
TCE

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/12/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA INDENIZÁVEL DE TCE

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

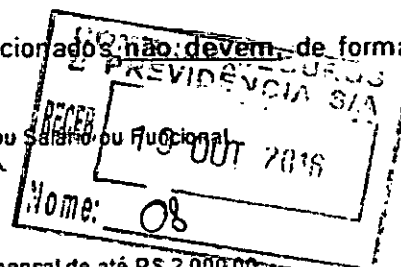
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu Amnias de Lima
 PORTADOR (A) DO RG Nº. 96002645453 EXPEDIDO POR SSD-CE EM 15/05/2012.
 CPF/CNPJ No. 828.023.273-72, PROFISSÃO Recuso informar
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recuso informar (*), NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA
Amnias de Lima AUTORIZO A
 SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS
 INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sus ep 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 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), 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) 0693 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24335-7

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.

Fontaleza-ce 07 de Outubro de 2016 St. Rosana da Silva Lima
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

DOCUMENTO 1 *T1%*



⚠ 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 11.945/2009) 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.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

EXA O DOC
COMPROVA

Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Reloc.: 00693 - MARACANHU-CENTRO
PACB : 106 - FARMACIA
ORIGINAL FARMIA

EXA O DOCUMENTO FISCAL DE N° INDICADO NESTE
TIPO

Agencia : 00693-MARACANHU-CENTRO
Conta : 0000000021335-7
Nome : ANANIAS DE LIMA
Data : 29/09/2016
Modalidade: 00

EXA O DOCUMENTO FISCAL DE N° INDICADO NESTE
TIPO

Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

SISU BANCO: 026712253283
HORA : 14:47:23

Sujeito a Confirmação do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

DO NESTE

COMPREV, SEGURANCA
E PREVIDENCIA S/A

RECEB. 19 OUT 2016

Nome: 09

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160640191

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANANIAS DE LIMA

Data do acidente: 23/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Trauma em mão esquerda.
Ferimento em couro cabeludo.

Resultados terapêuticos: Não definido

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

Observações:

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160640191

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANANIAS DE LIMA

Data do acidente: 23/06/2016

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO PUNHO ESQUERDO
TRAUMA CONTUSO EM REGIÃO COCCÍGEA
TCE

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA EDEMA RESIDUAL COM LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, SEM FISIOTERAPIA.
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 09/12/2016

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELA INDENIZÁVEL DE TCE

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

