

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ALDERI DE SOUSA

BANCO: 237

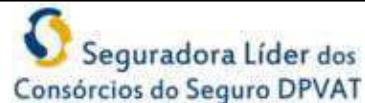
AGÊNCIA: 02194-6

CONTA: 00001001649-5

Nr. Autenticação

BRADESCO13012016050000000002370219400001001649168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150884753 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ALDERI DE SOUSA **Data do acidente:** 30/01/2015 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO COM HEMARTROSE.

Descrição do exame A VÍTIMA REFERE DOR AO DEAMBULAR. AO EXAME, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA RESIDUAL LOCAL, ATROFIA
médico pericial: MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. EVOLUIU COM ARTRITE SÉPTICA. FEZ 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Antonio Eusébio T. Rocha

CRM do médico: 4774

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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 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, Jose Alderi de Sousa, PORTADOR(A) DO RG N° 219770992 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 09/10/2013
 CPF 533469243-15 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 759,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Alderi de Sousa. 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- ✓ 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;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

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 POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2194-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1001649-5

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.

Fortaleza, 06 de Março de 2015 Jose Alderi de Sousa
 LOCAL E DATA 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.



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Poupanca

Data: 02/03/2015 Term: 031392 N.Trans: 919

Valor: 2,00

Favorecido:

Banco: 237

Agencia: 2194 / AGUANAMBI-UFO

Conta: 1001649-5

Titular 1: JOSE ALDERI DE SOUSA

Sujeito a conferencia.

Cheque Expresso Bradesco.

Seu talao de cheques em segundos.

Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco

SAC - Servico de Apoio ao Cliente

~~Cancelamentos Reclamacoes e Informacoes~~

0800 704 8300

Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvinte MAR 2015 27 9933

Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado

Tenha um bom dia

 Bradesco

 Bradesco

 Bradesco

 Bradesco

papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

Atenção

Este comprovante é emitido em papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 5 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Alderi de Souza

RG nº 219770992, data de expedição 03/09/98 Órgão Detran - ce

CPF nº 533.453.243-15 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua General Sávio Andrade</u>
Número	<u>450</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Aeroclínica</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60.850-720</u>
Telefone de contato	<u>(085) 3483-2904</u>
E-mail	<u>SORAYA-SEGUROS@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

TEL. CONTATO E MARCAÇÃO DE PERÍCIA
(085) 3483.2904 (085) 8534-5824

Local e Data: Fortaleza - ce 09-02-15

SORAYA

Assinatura do Declarante:

José Alderi de Souza

