

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº: 11290353

A/C: FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170371963 ASL-0247265/17

**Vitima:** FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA

**Data Acidente:** 27/07/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta n°: 11344515

A/C: FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA

**Sinistro:** 3170371963 ASL-0247265/17  
**Vitima:** FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA  
**Data Acidente:** 27/07/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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:** FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA

**Valor:** R\$ 843,75

**Banco:** 341

**Agência:** 000000366

**Conta:** 0000097145-5

**Tipo:** CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	843,75

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 25%) 6,25%

**Valor a indenizar:** 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**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, Francisco Lembra de Oliveira Silva

PORTADOR(A) DO RG N° ENH 060492 018 30 EXPEDIDO POR DENATRAN EM 28/04/2015  
 CPF 019848433-03 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Aux. Adm.,  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Lembra de Oliveira Silva. 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 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 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](http://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 341 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0366 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 97145-5

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

Nº do 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.

Francisco Lembra de Oliveira Silva 28 JUN 2017  
 LOCAL E DATA Fortaleza, 28 de junho de 2017 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Itaú

Banco Itaú S/A

BCO ITAU EXTRATO CTA CORRENTE  
AGENCIA 0366 DATA 29/06/2017 HORA 12.03.26  
CONTA 97145-5 FRANCISCO SILVA  
TIPO INDIVIDUAL 5 ESTRELAS

DIA H I S T O R I C O	ORIG	V A L O R
29 SALDO ANTERIOR		0,00

POSICAO EM 29/06/2017

(+)SALDO PROVISORIO CONTA	0,00
(=)SALDO DISPONIVEL P/ SAQUE	0,00

OS SALDOS ACIMA SAO BASEADOS NAS INFORMACOES  
DISPONIVEIS ATÉ ESTE INSTANTE E PODERAO SER  
ALTERADOS A QUALQUER MOMENTO EM FUNCAO DE  
NOVOS LANCAMENTOS.

SINCORCE  
28 JUN 2017

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00366

CONTA: 00000097145-5

---

Autenticação:

14F88807D64AB0B554628E405CC28ED600F2ABE295EA84CB649A1282AD8526AD

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170371963      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO LEANDRO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 27/07/2016      **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/07/2017

**Valoração do IML:** 10

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL; TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:** AO EXAME: CICATRIZ; AUSÊNCIA DE LIMITAÇÃO À MOVIMENTAÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PUNHO 25% (PERDA FUNCIONAL LEVE)

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

## 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

