

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDERI TRINDADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03226-3

CONTA: 00000650160-5

Nr. Autenticação

BRADESCO22092015050000000002370322600000650160168750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150219617 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDERI TRINDADE **Data do acidente:** 29/12/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura em regiao da clavicula direita

Descrição do exame médico pericial: Dor aos movimentos,associada a limitaçao funcional leve em ombro direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento com analgesicos e imobilizaçao com gesso oito por 30 dias

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM OMBRO D

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/09/2015

Conduta mantida:

Observações: PAGO SEGUNDO DETERMINAÇÃO DA SEGURADORA LIDER.

Médico examinador: Dixon Fradik Medeiros Lima

CRM do médico: 5997

UF do CRM do médico: RN

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

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2015

Carta n°: 7867036

A/C: VALDERI TRINDADE

Sinistro: 3150219617
Vitima: VALDERI TRINDADE
Data Acidente: 29/12/2014
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: VALDERI TRINDADE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003226-3

Conta: 00000650160-5

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 ombros 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





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE MOSSORÓ
DELEGACIA DE PLANTÃO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0038/2015.

163988

NATUREZA POLICIAL: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

LOCAL: Rua Alexandre Gomes, Mossoró/RN.

DATA DO FATO: 29.12.2014.

HORA 02h00min.

COMUNICANTE: **VALDERI TRINDADE**, brasileiro, natural de Mossoró/RN, portador do RG nº 1422151/SSP/RN, nascido aos 28.01.1973, Filho de José Trindade e de Maria das Graças Trindade, residente na Rua Alexandre Gomes, nº 79, Bairro Aeroporto, Mossoró/RN.

VÍTIMA: **O COMUNICANTE.**

ACUSADO:

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Informa o comunicante que na data e horário supramencionado, trafegava pela via acima conduzindo a ciclomotor HONDA/NXR 125 BROS ES, placa OJZ4507/Mossoró/RN, cor preta, ano e modelo 2013, RENAVAN 00554809443, chassi 9C2JD2320DR013507, licenciada em nome de Vaneska Trindade, vinha do trabalho para sua residência quando já estava na rua de sua casa, acionou o freio dianteiro com isso a moto derrapou o pneu dianteiro o que lhe fez perder o controle da motocicleta e cair contra o meio fio, após isso conseguiu levantar-se e foi empurrando a moto até sua casa, lá chegando foi auxiliado por seu filho, sendo cerca de duas horas depois, não suportou as dores e buscou atendimento médico indo ao Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, nesta cidade de Mossoró, apresentando as lesões descritas no atendimento médico apresentado neste momento.

OBSERVAÇÃO: As informações prestadas são de inteira responsabilidade do comunicante.

Assinatura do(a) comunicante

Mossoró/RN, 04 de janeiro de 2015.

Cristiano Alves Lima
Mat. 190.933-9
Polícia Civil

Cristiano Alves de LIMA
Mat. 190.933-9
REBAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

12 MAR 2015

Gente Seguradora S/A
Av. Nove de Julho, 4312 - Jd. Paulista
São Paulo - SP



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSADO MAIA

Documentação médica Hospitalar
0006+

REGISTRO N°

2.500.493

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: VALDEIR TRINDADE D. N. 280173 Idade: _____
Profissão: _____
Endereço: Rua: Pe ELESBÃO 332 Bairro: BOA VISTA
Cidade: Mossoró U. F.: RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 29/12/14

Hora: 13:05H5

A.C.C.R.: ABERTO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H. D. A.)

*Retorno à atividade normal
mto
45-29-6517(*

2 - EXAME FÍSICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 MAR 2015

*ISSOHO 06/03/2015
Manteve*

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

Fase 21012015 06/03/2015

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: *I* *I*

Hora: :

Siaw & Dilling.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

182 (continued, 2nd ed.,)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

- ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever) _____

Observações:

Data: 27/12/14

Hora:

Dr. Antônio Penteado de A. Neto
OPTOMETRIA / ORTHOPTICO /
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Identificação da CNP



Governo do Estado do Rio Grande do Norte
Secretaria de Estado da Saúde Pública
HOSPITAL REGIONAL TARCÍSIO DE VASCONCELOS MAIA
PRONTO-SOCORRO VINGT-ROSADO MAIA

Documentação médica Hospitalar
0006+

REGISTRO N°

2.500.493

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: VALDEIR TRINDADE D. N. 280173 Idade: _____
Profissão: _____
Endereço: Rua: Pe ELESBÃO 332 Bairro: BOA VISTA
Cidade: Mossoró U. F.: RN Fone: _____
Filiação: Mãe: _____ Pai: _____

Data: 29/12/14

Hora: 13:05H5

A.C.C.R.: ABERTO

1 - QUEIXA PRINCIPAL (Q.P.) - HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL (H. D. A.)

*Retorno à atividade normal
mto
45-29-6517(*

2 - EXAME FÍSICO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
12 MAR 2015

*ISSOHO 06/03/2015
Manteve*

3 - HIPÓTESE(S) DIAGNÓSTICAS(S)

Fase 21012015 06/03/2015

4 - CONDUTA MÉDICA

Data: *I* *I*

Hora: : :

Dopo giorno +
giorni & domani.

5 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

6 - DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S)

182 (continued, 2nd ed.,)

7 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

- ALTA DO PRONTO SOCORRO INTERNAÇÃO HOSPITALAR TRANSFERÊNCIA OUTROS (Descrever) _____

Observações:

Data: 27/12/14

Hora:

**Dr. Antônio Penteado de A. Neto
OPTOMETRIA / ORTHOPTICO /
IDENTIFICACAO MEDICA**



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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, VALDERI TRINDADE

PORTADOR(A) DO RG Nº 1422351 EXPEDIDO POR ITEP RN EM 16/01/2013 E CPF 022120074-69 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO AUTONOMO E RENDA MENSAL DE R\$ REFUSOU (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA VALDERI TRINDADE, 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 ao DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou CONTRIBUIÇÃO FEDERATIVA
- 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.**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTRIBUIÇÃO FEDERATIVA

12 MAR 2015

Gente Seguradora SA
Av. Nove de Julho, 4312 - Jd. Paulista
SANTOS SP

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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3226-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0650360-5

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.

Mossoro, 23 de Fevereiro de 2015 X Valderi Trindade

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.

