



---

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2014

Carta nº: 5757936

A/C: MARIA IRANDI DOS SANTOS

**Sinistro:** 3140050600  
**Vitima:** CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES  
**Data Acidente:** 27/02/2014  
**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

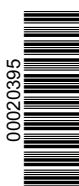
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5815369

A/C: MARIA IRANDI DOS SANTOS

**Sinistro:** 3140050600  
**Vítima:** CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES  
**Data Acidente:** 27/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta n°: 6584685

A/C: MARIA IRANDI DOS SANTOS

Sinistro: 3140050600  
Vitima: CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES  
Data Acidente: 27/02/2014  
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: MARIA IRANDI DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000002773-1

Conta: 000010013633-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

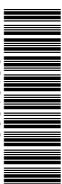
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



*Megadata : 3140 / 050600*

## Declaração

Eu, abaixo assinada MARIA IRANDI DOS SANTOS, brasileira, maior, solteira, capaz, portadora do RG 2007698311-5/CE e CPF: 062.261.793-17, residente e domiciliada no Sítio Araticum, Zona Rural, Viçosa do Ceará-CE, declaro para os devidos fins que procurei o BANCO DO BRASIL em minha cidade, para resolver possíveis problemas com minha conta bancária. Declaro que minha conta bancária foi regularizada, com AGENCIA nº 2773-1 CONTA POUPANÇA nº 13.633-6. Porém o gerente não quis ceder nenhuma declaração, para que eu pudesse apresentar. Dou fé que todos os fatos supracitados são verídicos, abaixo assino para validar esta declaração. Responsabilizo-me pela veracidade das informações acima narradas.

05 de Março de 2015.

*Maria Irandi dos Santos*

MARIA IRANDI DOS SANTOS.



## 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, Maria Irandi dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 2000028097-280EXPEDIDO POR SSP/CEEM 20/06/00CPF 943621223-20 /CNPJ 0000000000000000PROFISSÃO F Pública

E RENDA MENSAL DE R\$ 724,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA. Carlos Daniel, 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. Esse 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](http://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 colorida, 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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br)

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

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2773-1 N° da CONTA (com dígito, se existir) 13.633-6

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.

de \_\_\_\_\_

de \_\_\_\_\_

LOCALE DATA

Maria Irandi dos Santos

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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**megadata : 3140/050600**

02/02/2015 - BANCO DO BRASIL - 13.47.02  
277375234 0403

OUVIDORIA 88 0800 729 5678  
COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA  
POUPANCA PARA POUPANCA

CLIENTE: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

AGENCIA: 2773-1 CONTA: 16.181-0 VAR:51/01  
INFORMACOES DO DEBITO:  
TOTAL DEBITADO NA VARIACAO: 51 1,00

VALOR TOTAL 1,00  
\*\*\*\*\* TRANSFERIDO PARA:  
CLIENTE: MARIA IRANDI DOS SANTOS  
AGENCIA: 2773-1 CONTA: 13.633-6  
VARIACAO DA POUPANCA 51  
NR. DOCUMENTO 222.773.510.013-623

NR. AUTENTICACAO 4.1C8.45C.36A.F8A.FF7

Creditos a partir de 04/05/2012 estao  
disciplinados pela MP. 567/2012.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informacoes.

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140050600      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/02/2014      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALÉIA, VERTIGEM E LAPSES DE MEMÓRIA PÓS TRAUMA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUI COM CEFALÉIA, VERTIGEM E LAPSES DE MEMÓRIA

**Sequelas permanentes:** DANO LEVE EM ESTRUTURA NEUROLÓGICA COGNITIVA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mrcio Leonardo Bastos Veras

**CRM do médico:** 10269

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25%	25 %	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140050600      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/02/2014      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 01/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Traumatismo craniocéfálico

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## 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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

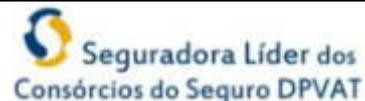
**Nome do médico:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140050600      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES      **Data do acidente:** 27/02/2014      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALÉIA, VERTIGEM E LAPSES DE MEMÓRIA PÓS TRAUMA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUI COM CEFALÉIA, VERTIGEM E LAPSES DE MEMÓRIA

**Sequelas permanentes:** DANO LEVE EM ESTRUTURA NEUROLÓGICA COGNITIVA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Mrcio Leonardo Bastos Veras

**CRM do médico:** 10269

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25%	25 %	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**