



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2016

Carta nº: 9399760

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

**Sinistro:** 3160431238 ASL-0970580/16  
**Vitima:** JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
**Data Acidente:** 17/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

**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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2016

Carta nº: 9496266

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Sinistro: 3160431238 ASL-0970580/16  
Vitima: JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **12/07/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2016

Carta nº: 9778111

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Sinistro: 3160431238 ASL-0970580/16  
Vitima: JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **19/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2016

Carta nº: 9922625

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Sinistro: 3160431238 ASL-0970580/16  
Vitima: JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/10/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência infor. incorretas
- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

---

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº 10226554

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160431238 ASL-0970580/16  
Vitima: JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10316912

A/C: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Sinistro: 3160431238 ASL-0970580/16  
Vítima: JOSE EVANGELISTA DA SILVA  
Data Acidente: 17/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANA CRISTINA EVANGELISTA DA SILVA

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: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000762

Conta: 0000031437-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 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



## BANCO DO BRASIL

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.375,00
--------------	----------

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

CLIENTE: JOSE EVANGELISTA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000031437-0

Nr. da Autenticação 161E6653C7D5F8AA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160431238

**Cidade:** São José do Campestre

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE EVANGELISTA DA SILVA

**Data do acidente:** 17/06/2015

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 15/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** CRANIO 25

**Documentos complementares:**

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160431238

**Cidade:** São José do Campestre

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE EVANGELISTA DA SILVA

**Data do acidente:** 17/06/2015

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 15/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** CRANIO 25

**Documentos complementares:**

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		<b>Total</b>	<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

