

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2015

Carta nº: 7826999

A/C: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

**Sinistro:** 3150815299  
**Vitima:** ADRIANA SANTOS DE SOUZA  
**Data Acidente:** 30/04/2015  
**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 GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta nº: 7913046

A/C: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

**Sinistro:** 3150815299  
**Vítima:** ADRIANA SANTOS DE SOUZA  
**Data Acidente:** 30/04/2015  
**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**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150815299      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANA SANTOS DE SOUZA      **Data do acidente:** 30/04/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo no membro inferior esquerdo

**Descrição do exame** Claudicação, hipotrofia da coxa, limitação de mobilidade de joelho e tornozelo esquerdo, perda de força motora do **médico pericial:** membro inferior esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratado cirurgicamente, osteossíntese com placa e parafusos

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MIE

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

3150/815299

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.

*Adriana Santos de Souza*  
 EU, *Adriana Santos de Souza* EXPEDIDO POR *SSP/PB* EM *30/06/08*  
 PORTADOR(A) DO RG N° *3.663.964* PROFISSÃO *RECUSOU-SE*  
 CPF *892.508.854-15* /CNPJ *0000000000000000*, PROFISSÃO *RECUSOU-SE*  
 E RENDA MENSAL DE R\$ *RECUSOU-SE* (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA *ADRIANA SANTOS DE SOUZA*, 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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 \_\_\_\_\_ 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 *104* N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *1914* N° da CONTA (com dígito, se existir) *00118365-0*

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.

*Jean Pessoa/PB, 10 de Novembro de 2015 Adriana Santos de Souza*  
 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.dpvatsegurodotranvito.com.br](http://www.dpvatsegurodotranvito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



AUTO-ATENDIMENTO - AG SANTA RITA/PB  
DATA: 04/11/2015 HORA: 14:42:44  
TERMINAL: 191410340441

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA  
CONTA: 013.28118365-0  
CLIENTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO		
DATA	NR. DOC.	HISTÓRICO
SALDO ANTERIOR		[REDACTED]
Outubro		
30/10	150929	SAQUE TERMINAL
RESUMO EM 03/11		[REDACTED]
SALDO		[REDACTED]
RESUMO DO DIA		[REDACTED]
SALDO BLOQUEADO		[REDACTED]
SALDO DISPONÍVEL		[REDACTED]
SALDO TOTAL		[REDACTED]

CREDITO DIRETO CAIXA - ATÉ 48 MESES PARA  
PAGAR, SIMULE E CONTRATE NO  
AUTOATENDIMENTO E INTERNET BANKING

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800-725 0101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

## DECLARAÇÃO

Eu, Adriana Santos de Souza,  
Portador (a) do RG nº 3.663.964-58/PB, e do CPF nº 892.508.854-15,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: Caixa Econômica,  
e a conta de minha titularidade nº 00118365-0, agência nº 1914,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do segurado DPVAT. Pelo que firmo a presente.

Adriana Santos de Souza  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

# 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: 24/11/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ADRIANA SANTOS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000118365-0

---

Nr. da Autenticação 666BC0538FDE2E7D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150815299      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANA SANTOS DE SOUZA      **Data do acidente:** 30/04/2015      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/09/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TIBIA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das** INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 25% DE 70%

**sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

