



---

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10063333

A/C: RUTHINEA ALVES DA SILVA

**Sinistro:** 3160691125 ASL-1159706/16  
**Vitima:** RUTHINEA ALVES DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/05/2016  
**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.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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder • DPVAT

---

Rio de Janeiro, 15 de Dezembro de 2016

Carta nº 10191621

A/C: RUTHINEA ALVES DA SILVA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160691125 ASL-1159706/16  
**Vitima:** RUTHINEA ALVES DA SILVA  
**Data Acidente:** 29/05/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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, 10 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10325988

A/C: RUTHINEA ALVES DA SILVA

Sinistro: 3160691125 ASL-1159706/16  
Vitima: RUTHINEA ALVES DA SILVA  
Data Acidente: 29/05/2016  
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: RUTHINEA ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 3.881,25

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000153050-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.881,25

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 residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
-----------------------------------------	-----	----------

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

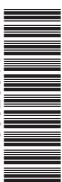
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
-----------------------------------------	-----	----------

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: 04/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.881,25

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

CLIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000153050-1

---

Nr. da Autenticação 22975DFFD33CBFED

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160691125      **Cidade:** Pureza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RUTHINEA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 29/05/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL E NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO PUNHO

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** CRANIOFACIAL 10% + PUNHO 75%

**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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>28,75 %</b>	<b>R\$ 3.881,25</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:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160691125      **Cidade:** Pureza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RUTHINEA ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 29/05/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA FACIAL E NO ANTEBRAÇO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS DO PUNHO

**Sequelas permanentes:** COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** CRANIOFACIAL 10% + PUNHO 75%

**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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>28,75 %</b>	<b>R\$ 3.881,25</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:**



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, Ruthinier Alves da SilvaPORTADOR(A) DO RG N° 002.755.094EXPEDIDO POR JCP / RNEM 20/07/2016CPF 038243064-65 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO desconhecida

E RENDA MENSAL DE R\$ Recevo (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ruthinier Alves da 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2010 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00153050 -

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221224.



AUTO-ATENDIMENTO - POTENGI RN  
 DATA: 30/11/2016 HORA: 10:24:25  
 TERMINAL: 20101009 CONTROLE: 201010090226

AGÊNCIA: 2010 - POTENGI  
 CONTA: 013.00153050-1  
 CLIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA

**EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA**

**SALDOS POR DATA LIMITE**

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA VALOR  
 01/11 [REDACTED]

**MOVIMENTAÇÃO**

DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR:

Novembro

29/11 000001 CRED TED  
 29/11 291644 SAQUE ATM

RESUMO EM 29/11  
 SALDO

**RESUMO DO DIA**

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONÍVEL

SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)



AUTO-ATENDIMENTO - CEF POTENGI  
 DATA: 29/11/2016 HORA: 15:35:48  
 TERMINAL: 20101038 CONTROLE: 201010380329

AGÊNCIA: 2010 - POTENGI  
 CONTA: 013.00153050-1  
 CLIENTE: RUTHINEA ALVES DA SILVA

**EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA**

MOVIMENTAÇÃO  
 DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

Novembro

29/11 401440 CRED TED

RESUMO EM 28/11  
 SALDO

RESUMO DO DIA  
 SALDO BLOQUEADO  
 SALDO DISPONÍVEL  
 SALDO TOTAL

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
 SAC CAIXA: 0800-726 0101  
 Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)