



(/)



Buscar no site



Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages /Acessibilidade.aspx)

Nova Consulta

 (/Pages

/Atalhos-de-

Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages /Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages /Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages /Saiba-como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encamiados para a Seguradora Líder-DPVAT, após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administrado pelo setor de atendimento. O prazo para a entrega da documentação completa é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180439006 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ARMANDO ANTONIO DA CRUZ

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORREÇÃO

BENEFICIÁRIO ARMANDO ANTONIO DA CRUZ



CPF/CNPJ: 19552467268

Posição em 28-02-2019 09:34:36

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.


Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/09/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/rEFVf9xHnCLLQksi/MMprd76OGjvzW3DWNxP75n__g1bCMirsQFLKo7aCckLKNtR9cFjKUXxlaYP9hMeE/utTWmQ/51zBklLrTtsuwz1VQxZZULoAb8+SQ1SS6H8v9i4qtRdQcVTIrVnOi7EsxBNLzHV?api_key=AQVW)
22/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/m7rdWMMHQMtiWI/Z3znSWoLG3Sjnm7Q+2s3ywhwzMsnpJthtebANtWAPRcpVqETWEnipvaBKyrCF54M/fYUdTx+f6/79USVAh1FK8B5zh3jigVz9FWSLg1chmSqSUROldqjG4bRDjSYrVG__KhOlkk3CvN37api_key=A)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

 (<https://itunes.apple.com/us/app/seguo-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

 (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma-digital>)

Serviços	Dúvidas e Respostas	Atendimento
Acompanhe seu Pedido - Pages /Acompanhe- o-Processo-de- Indenizacao.aspx	A Seguradora Líder- DPVAT (/Pages/Quem- Somos.aspx)	Chat - Atendimento On-line (/Contato /Chat-e-Atendimento- On-Line)
Consulta a Pagamentos (/Pages /Consulta- a-Pagamentos- Efetuados.aspx)	Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre- o-Seguro-DPVAT.aspx)	Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato /Duvidas- Reclamacoes- e-Sugestoes)
Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como- pagar.aspx)	Informações Gerais (/Pages/Informacoes- Gerais-Sobre- o-Pagamento.aspx)	Telefones de Contato (/Contato/telefones- de-contato)
Pontos de Atendimento (/Pontos-de- Atendimento)	Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas- Indispensaveis-Para- Pedir- a-Indenizacao.aspx)	Ouvidoria (/Contato /Ouvidoria)
Como Pedir Indenização (/Seguro- DPVAT/Como-Pedir- Indenizacao)	Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro- DPVAT/Dicionario-do- Seguro-DPVAT)	Canal de Denúncias (/Contato/canal-de- Denuncias)
	Perguntas Frequentes (/Seguro- DPVAT/Perguntas%20Frequentes)	Mapa do Site (/Mapa- do-Site)
		Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/BaixarAplicativo)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou AJL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

995.524.672 - 68

Amando Antônio da Cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

CPF titular da conta

Profissão

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CPF

E-mail

Telefone (DDD)

Amando Antônio da Cruz

995.524.672 - 68

Autônomo

Rua Zildimar Saraiva Pinho

1555

União

Boca Vista

Paraná

69.313-788

iloiar@hotmail.com

(95)98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECURSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

AGÊNCIA

CONTA

AGÊNCIA

CONTA

Nº

Nº

Nº

Nº

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Informar dígito se existir

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boca Vista 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Amando Antônio da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET. 2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

195.524.672-68

Nome completo da vítima:

Armando Antônio da Cruz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Armando Antônio da Cruz

CPF:

195.524.672-68

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua: Zudimar Saraiva Pinho

Número:

1555

Complemento:

casa

Bairro:

União

Cidade:

Boa Vista

Estado:

RR

CEP:

69.313-788

Tel. (DDD):

(95) 99154-4282

E-mail:

IL01RRR@hotmail.com

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3027

CONTA:

65719

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura
e data da
vítima ou
beneficiário

Local e Data:

Boa Vista - RR - 23/01/19

Nome:

Armando Antônio da Cruz

CPF:

195.524.672-68

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Armando Antônio da Cruz

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARMANDO ANTONIO DA CRUZ **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PILÃO TIBIAL E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO, APÓS PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGS. 3, 17.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439006 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARMANDO ANTONIO DA CRUZ **Data do acidente:** 13/05/2018 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO PILÃO TIBIAL E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIXADOR EXTERNO, APÓS PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGS. 3, 17.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50