



Seguradora Líder - DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADATRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradora lider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1206 (exclusivamente para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO**

É necessário o preenchimento completo com todos os campos com 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, titular 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 a 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 de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima:  
**012.022.967- 69**Nome completo da vítima:  
**JOSE ALVES DE MESQUITA****DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome Completo <b>JOSE ALVES DE MESQUITA</b>		CPF titular da conta <b>012.022.967- 69</b>		Profissão <b>Agricultor</b>
Endereço <b>Rua Imaculada Conceição</b>		Número <b>S/N</b>	Complemento <b>Casa</b>	
Bairro <b>Zona Rural</b>	Cidade <b>Boa Viagem</b>	Estado <b>Ceará</b>	CEP <b>63.870-000</b>	
E-mail <b>emidioguerreiro@hotmail.com</b>			Telefone (DDD) <b>(88) 9 9785-8466</b>	

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**

( ☒ ) RECUSO INFORMAR      ( ☐ ) SEM RENDA      ( ☐ ) ATÉ R\$ 1.000,00      ( ☐ ) R\$ 1.000,00 ATÉ 3.000,00  
( ☐ ) R\$ 3.001,00 ATÉ 5.000,00      ( ☐ ) R\$ 5.001,00 ATÉ 7.000,00      ( ☐ ) ACIMA DE R\$ 10.000,00

( ☒ ) CONTA POUPANÇA (Somente pra os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
( ☐ ) BRADESCO (237)    ( ☐ ) BANCO DO BRASIL (001)    ( ☐ ) ITAÚ (341)  
( ☒ ) CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

Banco: 104    Agencia: 4370    Conta: 17.386-5

( ☐ ) CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)  
( ☐ ) BRADESCO (237)    ( ☐ ) BANCO DO BRASIL (001)    ( ☐ ) ITAÚ (341)  
( ☐ ) CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

Banco: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Conta: \_\_\_\_\_

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.

Boa Viagem - CE, 05 de Setembro de 2018.  
Local e Data

Jose Alves de Mesquita  
Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

RECEBEMOS  
22/09/2018  
Secineide F. Nobre  
Secretaria de Seguros Eireli  
PJ-21.487.736/0001-06

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

254-571405488-8

11/SET/2018

HORA DE 13:19:58

LOT: 05.014427-8  
LOCALIDADE: BOA VIAGEM  
AG. VINCULADA: 4370

TERM: 009224  
CONTROLE: 696325170

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4370 013 00017365-5

JOSE ALVES DE MESQUITA

VALOR

:

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

254-571405488-8

1ª VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

254-571405488-8

11/SET/2018

HORA DE 13:19:55

LOT: 05.014427-8  
LOCALIDADE: BOA VIAGEM  
AG. VINCULADA: 4370

TERM: 009224  
CONTROLE: 696325170

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4370 013 00017365-5

JOSE ALVES DE MESQUITA

VALOR

:

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO  
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

254-571405488-8

1ª VIA

RECEBEMOS

22 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES DE MESQUITA

Nº Sinistro: 3180498022

Vítima: JOSE ALVES DE MESQUITA

Data do Acidente: 25/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMIDIO GUERREIRO DE MORAES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180498022**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13523234



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ALVES DE MESQUITA

Sinistro: 3180498022  
Vítima: JOSE ALVES DE MESQUITA  
Data do Acidente: 25/07/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: EMIDIO GUERREIRO DE MORAES

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180498022** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180498022 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALVES DE MESQUITA **Data do acidente:** 25/07/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 04/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE COTOVELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**