

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190032122**

Vítima: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000018376425-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Escolha(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NIF do beneficiário ou AGI:

CPF da vítima:

090.958.042-53

Nome completo da vítima:

Francisco Carvalho de Nascimento

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 403/2012

Nome completo:

Francisco Carvalho de Nascimento

CPF:

090.958.042-53

Profissão:

Profissão:

Av. Nápoles Filgueiras

Número:

683

Complemento:

Q - 350

Nome:

Nome:

Senador Helio Lampert Boa Vista

CEP:

63.316-396

E-mail:

Moisren@hotmaill.com

FAZ/2001:

05/08/25 - 9538

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO 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 OPCÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (converte para os termos atuais. Automação de saque)

Bradesco (237) Itaú (341)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (codi em banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0250

CONTA: 8.376.425

3

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetuação do crédito, a tutela 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 **fasinalar 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 anotado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 11.944/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discute 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(ou)companheir(a): Sim Não Se a vítima deixou(ou)companheir(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou(ou)nascido(ou)nação? Sim Não Vítima deixou(ou)pati(ou)épousos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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 799 do Código Penal.



Local e Data: Boa Vista - RR 09/01/2019
Nome: Francisco Carvalho de Nascimento
CPF: 090.958.042-53

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Francisco C. de Nascimento
Assinatura da Vítima/Beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: _____

Assinatura: _____

3º | Nome: _____

Assinatura: _____

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 RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do íntero teor de conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PPS.001 V001/2018

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000018376425-0

Nr. da Autenticação 5998F18311A663C5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190032122 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO CARVALHO DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 01/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 4^a e 5^a falange de pé esquerdo + fratura cominutiva de 4^º e 5^º metatarso de pé esquerdo + fratura de clavícula direita + hemopneumotórax E

Descrição do exame físico: Periciando apresentando cicatriz cirúrgica em pé esquerdo e hemitórax esquerdo + edema local, associado à dor residual à mobilização e restrição do arco articular de ombro direito + perda de força (grau IV) Sequela estética e funcional de pé esquerdo devido amputação de 4^º e 5^º dedos. Distúrbio de marcha com claudicação e perda de equilíbrio em apoio unipodal. Diminuição de amplitude de movimento (deficit para dorsiflexão, eversão, inversão e flexão plantar). Perda de força para dorsiflexão e hipotrofia de pé esquerdo. Dor residual associado a edema de repetição aos esforços

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico (01/10/2018): Toracostomia em selo d'água à esquerda + amputação de 4^a e 5^a falanges de pé esquerdo com imobilização gessada + Imobilização com tipóia em ombro direito. Realizou fisioterapia.

Teve alta hospitalar em 18/01/2018.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/03/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: após avaliação do exame médico pericial, é mantida a valoração deferida pelo médico examinador, porém é feita uma adequação do segmento corporal acometido, conforme sequelas descritas no exame físico

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 pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00