
Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **RANIERE MEDEIROS ALVES**

Nº Sinistro: **3180235156**

Vitima: **RANIERE MEDEIROS ALVES**

Data do Acidente: **17/12/2016**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **YURE PEREIRA GOMES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180235156**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **RANIERE MEDEIROS ALVES**

Nº Sinistro: **3180235156**

Vitima: **RANIERE MEDEIROS ALVES**

Data do Acidente: **17/12/2016**

Cobertura: **DAMS**

Procurador: **YURE PEREIRA GOMES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180235156**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2018

Carta nº: 13030267

A/C: RANIREE MEDEIROS ALVES

Nº Sinistro: 3180235156
Vitima: RANIREE MEDEIROS ALVES
Data do Acidente: 17/12/2016
Cobertura: DAMS
Procurador: YURE PEREIRA GOMES

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: RANIREE MEDEIROS ALVES

Valor: R\$ 966,12

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 0000097408-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: RANIERE MEDEIROS ALVES

Nº Sinistro: 3180235156

Vitima: RANIERE MEDEIROS ALVES

Data do Acidente: 17/12/2016

Cobertura: DAMS

Procurador: YURE PEREIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de reembolso de Despesas de Assistência Médicas e Suplementares - DAMS foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180235156**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de DAMS é de **ATÉ R\$ 2.700,00** e que suas despesas serão analisadas considerando os valores de mercado, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de reembolso 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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	629 360.854-20	Romine Medeiros Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Romine Medeiros Alves	CPF titular da conta	629 360.854-20	Profissão	comerciante
Endereço	Rua Santa Luzia	Número	248	Complemento	casa
Bairro	Belo Horizonte	Cidade	Patos	Estado	PB
Email				CEP	58.704-250
				Telefone (DDD)	(83) 9 9680-2050

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA Nº:	n/v	CONTA Nº:	n/v
0043		000 971 408	7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name:		Nº:	
----------------	--	-----	--

AGÊNCIA Nº:	n/v	CONTA Nº:	n/v

(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.

Patos-PB , 11 de Maio de 2018

Local e Data

x Romine Medeiros Alves

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO ORIGINAL
15 MAIO 2018



15 MAIO 2018

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: 25/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 966,12

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RANIERE MEDEIROS ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 00000097408-7

Nr. da Autenticação D03221B6DA5614A9

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180235156

Data do acidente: 17/12/2016

Vítima: RANIERE MEDEIROS ALVES

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Patos

UF: PB

Análise: Primeira Análise

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data: 21/06/2018 11:52:03

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DA Perna INCL TORNOZELO FRAT DE OUTR PARTES DA Perna -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	1000,00	403,06
Honorários Médicos	3.07.11.02-9	MEMBRO INFERIOR	150,00	95,52
Hospital (Taxas/Diárias)	0009	CURATIVO GRANDE	100,00	36,00
Materiais			2240,00	0,00
Farmácias			431,54	431,54
Total da Análise Atual			3921,54	966,12

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações: FALTA SOLICITAÇÃO MÉDICA CONTENDO O CARIMBO E CRM DO MÉDICO, INFORMANDO A QUANTIDADE DE SESSÕES DE FISIOTERAPIA A SEREM REALIZADAS E FALTA RECIBO OU NOTA FISCAL REFERENTE À DECLARAÇÃO ENVIADA, POIS ELA NÃO POSSUI VALOR FISCAL.

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: RANIERE MEDEIROS ALVES Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	3921,54	966,12	966,12
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	3921,54	966,12	966,12

TOTAL PLEITEADO: 3921,54 **TOTAL AVALIADO:** 966,12 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 966,12

PARECER DE DAMS



INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA