

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180304017**

Vitima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180304017**.

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 13105639



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180304017  
Vitima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 03/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180304017**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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, 21 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180304017  
Vitima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 03/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180304017**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180409913**

Vítima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409913**.

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 13334320



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180172670**

Vitima: **EDNAELSON PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: **03/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180172670**.

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 12678206



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180172670  
Vitima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA  
Data do Acidente: 03/12/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180172670**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, 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**

Carta nº 12681999



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180172670

Vitima: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180172670**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **03/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 <b>057.336.634-99</b>	Nome completo da vítima <b>EDNAELSON PEREIRA DA SILVA</b>
---------------------------	--	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>EDNAELSON PEREIRA DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>057.336.634-99</b>	Profissão <b>RECUSO</b>
Endereço <b>ST ORHO A' AGUA DAS LETRAS</b>		Número	Complemento <b>CASA</b>
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>FLORES</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>56.850-000</b>
Email <b>TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM</b>			Telefone (DDD) <b>87-9935-5533</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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>2446</b> D/V <b>0</b> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome <b>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</b> NRO. <b>104</b>	
<b>CONTA</b> NRO. <b>029.233</b> D/V <b>0</b> (Informar dígito se existir)		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>029</b> D/V <b>0</b> (Informar dígito se existir)	
		<b>CONTA</b> NRO. <b>029</b> D/V <b>0</b> (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.

**FLORES-PE, 02 de ABRIL de 2018**  
Local e Data

**Ednaelson Pereira da Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

058-441405132-0

27/FEV/2018

HORA DF 09:29:39

LOT: 15.03055-0  
LOCALIDADE: CUSTODIA  
AG. VINCULADA: 2446

TERM: 058609

CONTROLE: 446053640

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2446 013 00029233-0

EDNAELSON P. DA SILVA

VALOR

: 20,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

058-441405132-0

1ª VIA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

27/FEV/2018

HORA DF 09:30:24

LOT. 15.03055-0  
LOCALIDADE: CUSTODIA  
AG. VINCULADA: 2446

TERM 058609

PAGAMENTO ELETRÔNICO CAIXA  
DEMONSTRATIVO DE CONTAS EM ABERTO  
CAIXA SEGURADORA S/A  
PAGAMENTOS DIVERSOS

NOME: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

ID: 05733663499

VENCIMENTO

1 - 27/02/2019

2 - 27/02/2019

3 - 27/02/2019

TOTAL

VALOR

30,00

40,00

60,00

130,00

DEMONSTRATIVO PARA CONFERÊNCIA  
NÃO VALE COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR 2018

SEGURO 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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: EDNAELSON PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02446

CONTA: 000000029233-0

---

Nr. da Autenticação D64163077E219DFE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180409913 **Cidade:** Flores **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDNAELSON PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 03/12/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 15/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.  
FRATURA DE MANDÍBULA (LEFORT I).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE - PLACA EM "T" E PARAFUSOS). PARA OS DEMAIS, TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA BOCA E DIFICULDADE NA MASTIGAÇÃO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL POR LESÃO EM ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

