

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Nº Sinistro:** 3180401203

**Vitima:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Data do Acidente:** 29/06/2018

**Cobertura:** DAMS

**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 3180401203**.

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](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**



---

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Nº Sinistro:** 3180401203

**Vitima:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Data do Acidente:** 29/06/2018

**Cobertura:** DAMS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180401203**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

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](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**



---

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Nº Sinistro:** 3180401203

**Vitima:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Data do Acidente:** 29/06/2018

**Cobertura:** DAMS

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180401203**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

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](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**



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2018

Carta nº: 13631121

A/C: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180401203  
Vítima: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA  
Data do Acidente: 29/06/2018  
Cobertura: DAMS

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: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

Valor: R\$ 90,29

Banco: 104

Agência: 000002010

Conta: 00000170987-0

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](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-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: 13/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 90,29

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

CLIENTE: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02010

CONTA: 000000170987-0

---

Nr. da Autenticação B61AE1286D6CC118

# PARECER DE DAMS



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180401203

**Data do acidente:** 29/06/2018

**Vítima:** CHARLES MEDEIROS DE SANTANA

**Atendimento:** FARMACIA

**Cidade:** Natal

**UF:** RN

**Análise:** Primeira Análise

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA  
DO BRASIL

**Data:** 09/11/2018 11:45:55

## DADOS DO PARECER

**Diagnóstico:** TRAUM SUPERF DO OMBRO E DO BRACO CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO -

**Internação:** Não

**Tratamento:** CONSERVADOR CLINICO

**Tratamento Odontológico:** Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Farmácias			90,29	90,29
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>90,29</b>	<b>90,29</b>

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

**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: CHARLES MEDEIROS DE SANTANA Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	90,29	90,29	90,29
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>90,29</b>	<b>90,29</b>	<b>90,29</b>

**TOTAL PLEITEADO:** 90,29

**TOTAL AVALIADO:**

90,29

**TOTAL PAGO + À PAGAR:**

90,29

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA