

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180476619

Vítima: FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180476619**.

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](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**

Carta nº 13472246



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180476619

Vítima: FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180476619**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **13/07/2017**. 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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

851 . 525 . 794 - 72

Nome completo da vítima

FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

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

Nome completo <b>FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA</b>		CPF titular da conta <b>851 . 525 . 794 - 72</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>AGRICOLA BOA FÉ</b>		Número <b>10</b>	Complemento
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>MOSSORÓ</b>	Estado <b>RN</b>	CEP <b>59 . 600 - 001</b>
Email <b>mhsegurosdpvat@hotmail.com</b>			Telefone (DDD) <b>84 9 9804 - 9535</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>0560</b> D/V <input type="checkbox"/>		<b>BANCO</b> Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<b>CONTA</b> NRO. <b>23.140</b> D/V <b>9</b>		<b>AGÊNCIA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		<b>CONTA</b> NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
		(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.

Mossoró/RN, 29 de AGOSTO de 2018

Local e Data

x Francinaldo Marcelino de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371192/18

**Vítima:** FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA

**CPF:** 851.525.794-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/07/2017

**Titular do CPF:** FRANCINALDO  
MARCELINO DE OLIVEIRA

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

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES : 082.893.884-97

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### FRANCINALDO MARCELINO DE OLIVEIRA : 851.525.794-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018  
Nome: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES  
CPF: 082.893.884-97

MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018  
Nome: WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA  
CPF: 017.220.804-18

WILLIANDERSON PINHEIRO MAIA