

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DFVAT 0800 0221204 ou 0800 221305 (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/embolso.

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

773.742.583-72

Nome completo da vítima

JOAO CARLOS DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOAO CARLOS DA SILVA		CPF titular da conta 773.742.583-72	Profissão qualificação
Endereço Rua do anginho		Número 000	Complemento
Cidade Acru do mato	Estado Roraima	CEP 62260-000	Telefone (DDD) 88-49941366
E-mail dayvsson1@hotmail.com			

Declaro, sob as penas da lei para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DFVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECLAMAR INFORMAÇÃO
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☒ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☒ BRADECO (337) ☐ BANCO DO BRASIL (201) ☐ ITAÚ (241)
☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA (044) 1629	DV 2	CONTA Nº 1001691	DV 6
(Informe o dígito se existir)		(Informe o dígito se existir)	

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BUNCO Nº 100	DV 000
AGÊNCIA Nº 100	DV 000
(Informe o 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 DFVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Roraima - CE 03 de setembro de 2018
Local e Data

João Carlos da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DFVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
13 SET 2018
Gente Seguradora S/A.
Av. ... 1000, ... 117
Porto Alegre - RS

Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO CARLOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180424990

Vitima: JOAO CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 29/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DAYVSSON PONTES MAGALHAES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424990**.

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 13365095



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424990 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARLOS DA SILVA **Data do acidente:** 29/05/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75