



**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.saguedoraisder.com.br> ou ligue para o SAC DFVAT 0800 6221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

**E** é necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **GENÉRICO/PRO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise da 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 18 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 assinado 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").

### Membros do Sindicato da ASL

CP-125

393.742.583-42

#### Wanna complete the review

DOIS CARROS DA SÍLVA

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

Nome completo JOAO CARLOS DA SILVA		CPF titular da conta 713.342.583-72	Profissão agricultor
Endereço Rua do engenho		Número 000	Complemento
Bairro Acude do Mato		Cidade Reinópolis	Estado Ceará
Brasil		CEP 62260-000	
		Telefone (030) 38-4994/1366	

Declara, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - CNPJ, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECURSOS INVESTIMENTOS	<input type="checkbox"/> SEDIS PENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Só serve para extratos atuais. Atualize suas opções)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (dados os baixos)	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADASCO (037) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (041)		BANCO NOME:	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (004)		NOME:	
AGÊNCIA Nº:	conta nro.	AGÊNCIA Nº:	conta nro.
1629	2	1001691	6
Uniformizar dígitos se exibir		Uniformizar dígitos se exibir	
Uniformizar dígitos se exibir		Uniformizar dígitos se exibir	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora **Ufesa** a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço a doul plena quitação do valor indenizado.

Requerida: CÉ 03 setembro de 2018

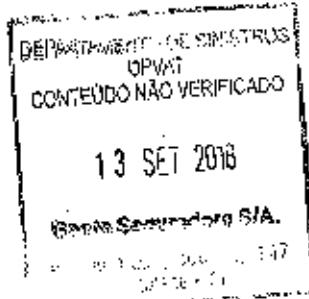
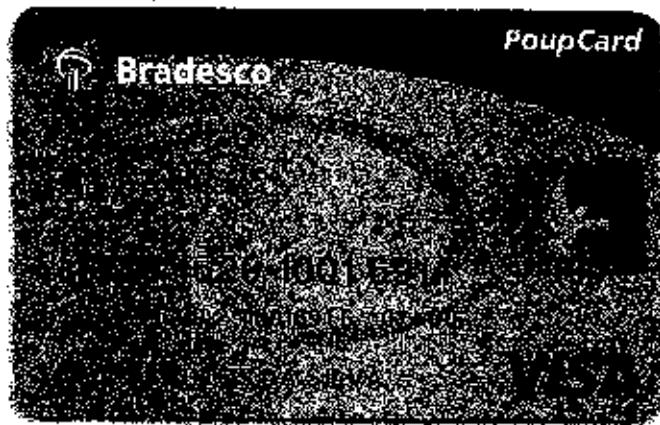
DÉPARTEMENT DE SINGAPOUR  
DEPART  
CONTENU NON VÉRIFIÉ

13 SET 2018

Giant Seguradora S/A  
Av. Almirante Tamandaré, 100 - RJ-20000  
Praia das Flores - RJ

**Caminho 3 - Assinatura do Repetitivo**

Capítulo 2 - Assinatura do Representante legal



---

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**



# 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 - OSTEOSÍNTESE 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>