

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DUARTE DE BRITO

Nº Sinistro: 3180231812

Vitima: JOSE DUARTE DE BRITO

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180231812**.

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 12846503



Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DUARTE DE BRITO
Nº Sinistro: 3180231812
Vitima: JOSE DUARTE DE BRITO
Data do Acidente: 28/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180231812**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 28 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DUARTE DE BRITO

Nº Sinistro: 3180231812

Vítima: JOSE DUARTE DE BRITO

Data do Acidente: 28/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180231812**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **28/09/2017**. 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



Autorização de pagamento



ITORIZAÇÃO 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.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

027.557.144-09

Nome completo da vítima

JOSE DUARTE DE BRITO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE DUARTE DE BRITO		CPF titular da conta 027.557.144-09	Profissão FUNCIONÁRIO PÚBLICO
Endereço RUA DO PINHEIRO II		Número	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade ITAPOROROCA	Estado PB	CEP 58275-000
Email exeraldo-ribeiro@hotmail.com			Telefone (DDD) (83) 8769-5174

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

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRANDESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2179** D/V ☐
 CONTA NRO. **6.195-6** D/V ☐
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO. D/V ☐ CONTA NRO. D/V ☐
 (Informar dígito se existir) (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.

Itapororoca 02 de maio de 2018

Local e Data

- José Duarte de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

----- Consulta - Operações -----
Cliente (CPF/CGC): 027.557.144-09

JOSE DUARTE DE BRITO

Contrato de Operação

Produto : 0003 POUPANCA

Modalidade : 0001 POUPANCA OURO

Agência : 2179 ITAPOROROCA(PB)

Situação : Ativa

Nome Personalizado: JOSE DUARTE DE BRITO

Participação do cliente

Titularidade: 1

Tipo : Titular

Dt.Início: 27.04.2018

Situação : Ativa

Agência vinculada: 2179 ITAPOROROCA(PB)

Conta vinculada : 6.195-6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231812 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DUARTE DE BRITO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DA FACE (ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO, PROCESSO CORONOIDE E SEIO FRONTAL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Talita Fonseca Medeiros

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231812 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DUARTE DE BRITO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DA FACE (ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO, PROCESSO CORONOIDE E SEIO FRONTAL)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM: 5290873-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231812 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DUARTE DE BRITO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO
FRATURA DE PROCESSO CORÓIDE E SEIO FRONTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA, TRATAMENTO REALIZADO, EXAMES DE IMAGEM E PROGNÓSTICO

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: NELMA DE OLIVEIRA MARTINS FREITAS

CRM do médico: 52.34195-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180231812 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DUARTE DE BRITO **Data do acidente:** 28/09/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO
FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO E ESQUERDO
FRATURA DE PROCESSO CORÓIDE E SEIO FRONTAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE LIMITAÇÃO INSUSCEPTÍVEL A AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA OU MECANISMO DE TRAUMA QUE ACARRETE PREJUÍZO FUNCIONAL PARCIAL OU TOTAL A VÍTIMA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00