

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180515742

**Vitima:** MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

**Data do Acidente:** 28/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180515742**.

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**



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

728.017.002-15

Nome completo da vítima

MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

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

Nome completo MARCOS OLIVEIRA DA SILVA	CPF titular da conta 728.017.002-15	Profissão motorista
Endereço RUA PARANA DA FLORESTA - LT 206	Número Q.09	Complemento QD 502 L207
Bairro CENTRO	Cidade SÃO LUIZ DO ANAVÁ	Estado RR
Email confiancavest@hotmail.com	CEP 69.370-000	Telefone (DDD) (95) 98118-1200

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – 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"/> RECUZO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**AGÊNCIA**

NRO. 3421

D/V

CONTA

NRO. 04060

D/V

(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 Lider 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.

Boa Vista - RR, 23 de outubro de 2018

Local e Data

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 OUT 2018

*Marcos Oliveira da Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

*Sabrina*  
CENTRE SEGURADORA S/A  
Av. Cidade Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

AUTO-ATENDIMENTO - PAB PREF MUN SAO LUIS DO A  
DATA: 01/10/2018 HORA: 10:49:38  
TERMINAL: 34211001 CONTROLE: 342110010143

AGÊNCIA: 3421 - PA SAO LUIZ  
CONTA: 013.00004060-5  
CLIENTE: MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
27/09	300,00
01/10	35,13

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR	35,00C
----------------	--------

Setembro

27/09	103905	DP DINH AG	300,00C
-------	--------	------------	---------

Outubro

01/10	000000	REM BASICA	0,00C
01/10	000000	CRED JUROS	0,13C

RESUMO EM 28/09

SALDO	335,13C
-------	---------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	335,13C
SALDO TOTAL	335,13C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvintoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

31 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão Júlio Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180515742      **Cidade:** São Luiz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS OLIVEIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 28/06/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOFACIAL (FRATURA DE COMPLEXO ZIGOMÁTICO, FRATURA DE MAXILAR ESQUERDO, EQUIMOSE PERIORBITAL E HEMORRAGIA CONJUNTIVAL BILATERAL).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LESÃO DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DAS ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**





Seguro DPVAT  
Acompanhe o Processo de Indenização

Buscar no site

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE

- /Pages /Acessibilidade.aspx
- /Pages /Atalhos-de-Teclado.aspx
- /Pages /Ajuda.aspx

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são em DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, a data do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

### SINISTRO 3180515742 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

COBERTURA: Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO: GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO: MARCOS OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 72801700215

Posição em 15-03-2019 14:28:49

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você informou. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse prazo, entre em contato com a Gente Seguradora S/A.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2018	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
09/11/2018	Interrupção de Prazo	( <a href="https://sispdvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qmr1pj6NW5FQFHv1CpW8TEW8dFIY-zY8ubtvM1Ia070QgwQSpjNS45wFDzdg2GyrtexVYmo5E__/n62CaE:/sMvlgWAEwrT4QTicxExls1t56T2sAwriWN0ooglGys197QnukvpABr__X+tmv9FQuz?api_key=Y">https://sispdvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qmr1pj6NW5FQFHv1CpW8TEW8dFIY-zY8ubtvM1Ia070QgwQSpjNS45wFDzdg2GyrtexVYmo5E__/n62CaE:/sMvlgWAEwrT4QTicxExls1t56T2sAwriWN0ooglGys197QnukvpABr__X+tmv9FQuz?api_key=Y</a> )
07/11/2018	Aviso de Sinistro	( <a href="https://sispdvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/o5HSXPWKhb3vDT/bnXvHOL2RH+VpIT02M0QsJecybirh2WaTHqDgewhwUc6+ijv+K1k4AdLzvFAQJl/_0h9cxv79uSVAh1FK8B5zh3jgVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDjSYVG_KhOLkk3CvN3?api_key=Y">https://sispdvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/o5HSXPWKhb3vDT/bnXvHOL2RH+VpIT02M0QsJecybirh2WaTHqDgewhwUc6+ijv+K1k4AdLzvFAQJl/_0h9cxv79uSVAh1FK8B5zh3jgVz9FWSLg1chmSqSUROLDqjG4bRDjSYVG_KhOLkk3CvN3?api_key=Y</a> )

### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?mt=8>)

(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.digital>)

### PAGUE SEGURO

- [Como Pagar \(/Pages /Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- [Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)

### ACOMPANHE O PROCESSO

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)

### Serviços

- [Acompanhe seu Processo \(/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
- [Consulta a Pagamentos \(/Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](#)
- [Saiba Como Pagar \(/Pages /Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

### Dúvidas e Respostas

- [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- [Informações Gerais Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- [Dicas Indispesáveis Indispesáveis-Para-Pedir-Dicionário-do-Seguro-DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- [Perguntas Frequentes \(/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes.aspx\)](#)

### Atendimento

- [Chat - Atendimento On-line \(/Contato /Chat-e-Atendimento-On-Line\)](#)
- [Dúvidas, Reclamações e Sugestões \(/Contato /Dúvidas-Reclamações-e-Sugestões\)](#)
- [Informações Gerais Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- [Dúvidas de contato \(/Contato/telefones-de-contato\)](#)
- [Ouvidoria \(/Contato /Ouvidoria\)](#)
- [Canal de Denúncias \(/Contato/canal-de-Denuncias\)](#)
- [Mapa do Site \(/Mapa-do-Site\)](#)
- [Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Download\)](#)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Terms-de-Uso.aspx\)](#)