



Buscar no site



Seguro DPVAT

## ACESSIBILIDADE

## CÓMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages /Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)  
Documentos Invalidez Permanente (/Pages /Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)  
Documentos Morte (/Pages /Documentacao-Morte.aspx)  
Dias Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedira-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administrada pelo SIVAT. O prazo para a emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

## SINISTRO 3180343244 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANTONIO GABRIEL TEIXEIRA FERREIRA

**COBERTURA** Invalidez

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



**BENEFICIÁRIO** ANTONIO GABRIEL TEIXEIRA FERREIRA

**CPF/CNPJ:** 08048861305

Posição em 27-03-2019 10:42:38

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você  
prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse pe

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/08/2018	Exigência Documental	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DnjEX9_g9JrI84SYt/WA2ERqBtThOrGkqNAWO7aqfKDLU70IC7W3__aqEvQKaxEuuQw7w0+ylj2Sv4P/QhtaYeYq/L0L6NxnhqVPbnUVjPrFQG5Am0lrwEntqPDIE+kv4vaWu1__eXC1Zl94BFKPJ2nOsb7api_key=Y">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/DnjEX9_g9JrI84SYt/WA2ERqBtThOrGkqNAWO7aqfKDLU70IC7W3__aqEvQKaxEuuQw7w0+ylj2Sv4P/QhtaYeYq/L0L6NxnhqVPbnUVjPrFQG5Am0lrwEntqPDIE+kv4vaWu1__eXC1Zl94BFKPJ2nOsb7api_key=Y</a> )
28/07/2018	Aviso de Sinistro	 ( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/x2N5XoCwfivVjvND1R/KKPVd1f8H5zhznP5nb93pcy85HYA2ozzhmO1ETynjdP6OhisgcGrnAQWquTjTVlVRW/cxv8fsFrP/779USVA1BKRB5zsh3jgVz9FWLSg1chmSGSUROLdG4GbDrldJSyRVG_KhoLKk3Cvn3?api_key=Y">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/x2N5XoCwfivVjvND1R/KKPVd1f8H5zhznP5nb93pcy85HYA2ozzhmO1ETynjdP6OhisgcGrnAQWquTjTVlVRW/cxv8fsFrP/779USVA1BKRB5zsh3jgVz9FWLSg1chmSGSUROLdG4GbDrldJSyRVG_KhoLKk3Cvn3?api_key=Y</a> )

PAGUE SEGURO

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

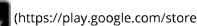
## ACOMPANHE O PROCESSO

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

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)



/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma digital)

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

- A Seguradora Lidera DPVAT (/Pages/QuemSomos.aspx)
- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20F

- » Chat - Atendimento
- » On-line (/Contato
- » /Chat-e-Atendimento-On-Line)
- » Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato-x)/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- » Telefones 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-DPVATDownload)

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

Rio de Janeiro, 27 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO GABRIEL TEIXEIRA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180343244**

Vitima: **ANTONIO GABRIEL TEIXEIRA FERREIRA**

Data do Acidente: **04/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA DO CARMO PROCEDOMIO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343244**.

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 13153575



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

080.488.613-05

Nome completo da vítima

Antonio Gabriel Teixeira

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

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Antonio Gabriel Teixeira		080.488.613-05		Estudante	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Dom Avulvar A D		25			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Novo Uinguai	Terresina	Rio de Janeiro	64.057-560		
Email			Telefone (DDD)		
			86199982-3093		

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)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 0855

D/V

CONTA

NRO. 11U262

D/V

U

(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.

Terresina, 23 de Julho de 18

Local e Data

Antonio Gabriel Teixeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



0855.013. 11 4262-U



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180343244 **Cidade:** Teresina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO GABRIEL TEIXEIRA FERREIRA **Data do acidente:** 04/02/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

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

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO  
FRATURA DO 4º PODODACTILO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50