

---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

**Nº Sinistro:** 3180382401

**Vitima:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

**Data do Acidente:** 17/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** EVERARDO DE SOUSA LEITE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180382401**.

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**



---

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

**Nº Sinistro:** 3180382401

**Vitima:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

**Data do Acidente:** 17/04/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador** EVERARDO DE SOUSA LEITE

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180382401**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

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 da ASL	CPF da Vítima	Nome completo da Vítima
	001.041.733-86	Francisco William Nicolau TEIXEIRA

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco William Nicolau TEIXEIRA	001.041.733-86	ATUONOMO
Endereço	Número	Complemento
Rua Teotônio Gómez	127 A	MUTIS
Bairro	Estado	CEP
Centro de Fátima	CEA	63100-000
Email	Telefone (DDD)	
	82992713730	

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assina e uma opção)

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)

AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
0684		68671	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (titular ou não)

BANCO	Nome	Nº	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
Nº:		Nº:	
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

*09/05 de Agosto de 2018 RECEBEMOS*

Local e Data

17 AGO 2018

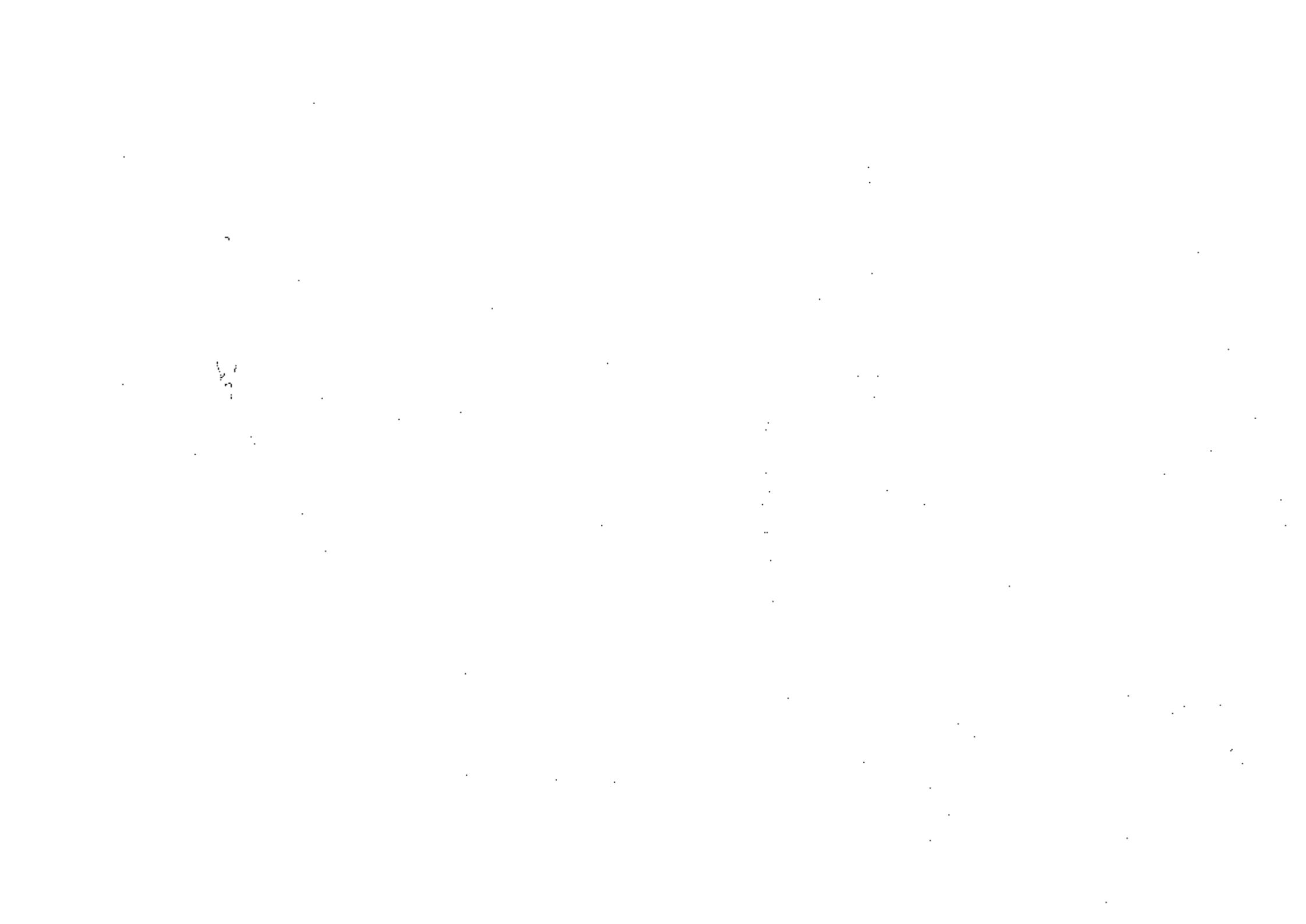
•

*Francisco William Nicolau TEIXEIRA*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Maria Gecineide F. Nobre*  
Corretora de Seguros Eireli

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal  
CPF 021.877.736/0001-08



**CAIXA**  
**seguradora**

Apólice 809300002357

Corretor / No. Registro - SUSEP

PAR - 029119-1.010.954-1

PROPOSTA DE SEGURO - VIDA DA GENTE

Cód. Seguradora

05631

Proposta No.

306841001667-2

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

## 1. DADOS DO CLIENTE

Nome do Proponente

FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

CPF

001.041.733-86

Nascimento	Idade	Sexo	Estado Civil	Nacionalidade	Alívio/afade Profissional
13/09/1985	32	M	SOLTEIRO		PINTOR DE PAREDE

Faixa de Renda

Individual	Familiar	E-mail
1	1	

**RECEBEMOS**

17 AGO 2018

CEP	Endereço (Av. / Rua, nº., complemento)
63100-970	TERTULINO FIGUEIREDO A

 Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ:21.487.736/0001-06

Bairro	Cidade
CONJ N S DE FÁTIMA	CRATO

UF  
CE

DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Comercial	DDD	Telefone Celular
88	9200-6474			88	99228-2396

## 2. DADOS DO PRODUTO - Capital Segurado (R\$) - Garantia Básica - Periodicidade

MORTE QUALQUER CAUSA	PRÉMIO TOTAL	Opção Periodicidade
10.000,00	9,25	A MENSAL

Este preço refere-se ao prêmio bruto com IOF 0,38%

## 3. BENEFICIÁRIOS

Nome	Parentesco	Descrição do Parentesco	CPF	Sexo	%
Herdeiros Legais	Outros				100,00

Caso não haja indicação de herdeiro(s), será observada a ordem estabelecida no artigo 1829 do Código Civil/02.

## 4. FORMA DE PAGAMENTO - CONTA PARA DÉBITO - DADOS DA VENDA

Modalidade	Agência	Op.	Número	DV	Dia Cobrança	Data Proposta	Agência	Matricula-DV
DÉBITO EM CONTA	0684	0013	00068671	0	15	10/08/2018	0684	

## 5. DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO

DECLARO ter ciência de que a apólice de Vida em Grupo, firmada entre a Seguradora e o Estipulante, poderá ser renovada por igual período SEM MANIFESTAÇÃO EXPRESSA DO SEGURADO, de acordo com a legislação vigente e observada cláusula de VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO constante nas Condições Gerais do produto. DECLARO ainda que torno conhecimento de que, para resguardar a manutenção das coberturas contratadas, haverá cobrança das parcelas do seguro, de acordo com a FORMA DE PAGAMENTO e PERIODICIDADE por mim indicados nesta Proposta, até eventual solicitação de cancelamento por meio da Central de Relacionamento da Seguradora 0800 702 1000. Declaro que as informações contidas nesta Proposta são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão. TOMEI CONHECIMENTO do leitor das CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO, especialmente das CLÁUSULAS LIMITATIVAS DE MEU DIREITO, as quais estão redigidas claramente e em destaque e fazem parte integrante desta Proposta, não tendo dúvidas sobre as mesmas. Estou ciente de que qualquer indenização por sinistro soamente será liquida após o pagamento do prêmio devido, a caracterização do evento coberto e o seu amparo pelo presente seguro e que, de acordo com o artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro) se tiver OMITIDO circunstâncias que possam influir na aceitação e/ou taxação do risco pela Seguradora, PERDEREI O DIREITO A QUALQUER INDENIZAÇÃO, sem restituição do prêmio total pago. AUTORIZO O DÉBITO DAS PARCELAS DO SEGURO EM CONTA BANCÁRIA OU CARTÃO DE MINHA TITULARIDADE ACIMA INDICADO, RESSALTANDO QUE, EM CASO DE OPÇÃO DE PAGAMENTO POR MEIO DE CARTÃO, E POR QUALQUER MOTIVO NÃO SEJA POSSÍVEL A COBRANÇA, A FORMA DE PAGAMENTO SERÁ ALTERADA AUTOMATICAMENTE PARA DÉBITO EM CONTA. AUTORIZO que, em caso de sinistro, sejam realizadas DILIGÊNCIAS MÉDICAS julgadas necessárias, autorizando, também, de acordo com a ressalva do artigo 73 e 77 do Código de Ética Médica, que os médicos que me assistiram prestem todas as informações que forem solicitadas pela área médica da Seguradora.

3004-4000

Assinado eletronicamente em 10/08/2018 13:06:33

Local e Data

Assinatura do Proponente

Autenticação Mecânica

- 1 - Esta proposta será considerada integralmente aceita, caso a Seguradora contra ela não se manifeste expressamente ao Proponente, explicitando o(s) motivo(s) da recusa, no prazo de 15 (quinze) dias contados do seu recebimento, que corresponde à data da autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento.
- 2 - A conta bancária ou o cartão de crédito, indicados para débito deste seguro, deverão ser obrigatoriamente como titular o proponente/segurado ou, em caso de conta conjunta ou cartão adicional, o cônjuge.
- 3 - O valor da parcela cobrada será alterado em função do enquadramento da idade do segurado em uma nova faixa etária.
- 4 - Este produto possui **CARÊNCIA DE 12 (DOZE) MESES** para morte que não seja decorrente de acidente pessoal coberto.
- 5 - O Serviço de Assistência Funeral - SAF **não contempla reembolso**. Para sua utilização, é necessário entrar em contato com a central de relacionamento por meio do telefone 0800 722 2492.
- 6 - O seguro será automaticamente **CANCELADO CASO OCORRA INADIMPLÊNCIA** de 3 (três) parcelas mensais consecutivas. Neste caso, o pagamento de qualquer valor à seguradora não implica na reabilitação do seguro.
- 7 - Qualquer devolução de prêmio será feita apenas por meio de crédito em conta corrente.
- 8 - Para quaisquer **INFORMAÇÕES E/OU ESCLARECIMENTOS** dispõe o Segurado, bem como seu(s) Beneficiário(s), da Central de Relacionamento, através do número 0800 702 4000 (ligação gratuita).
- 9 - Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,55% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros, deduzidos do estabelecimento em legislação específica.
- 10 - Em caso de contemplação, é necessário que o seguro esteja com as parcelas adimplentes (pagas) para que o segurado tenha direito ao valor do prêmio, de acordo com as regras estabelecidas nas **Condições Gerais** constantes da CAIXA SEGURADORA [www.caixaseguradora.com.br](http://www.caixaseguradora.com.br).
- 11 - Serviço ao Cidadão SUSEP disponível no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br) ou pelo 0800 21 9484.
- 12 - Observada a regulamentação específica em vigor, a Vigência da cobertura individual terá seu início, salvo comunicação expressa da Seguradora, às 24 (vinte e quatro) horas da data da recepção da proposta evidenciada pela autenticação mecânica referente ao primeiro pagamento, observado o disposto no item referente à **VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO** das **Condições Gerais e Especiais**, sendo estabelecida esta, a data de início do seguro.
- 13 - Respeitado o período correspondente ao prêmio pago, a cobertura individual cessa automaticamente às 24 (vinte e quatro) horas da data de término de vigência da apólice, observadas as renovações ou, no decorrer de sua vigência, se ocorrer uma das situações previstas no item referente à **VIGÊNCIA E RENOVAÇÃO DO SEGURO** das **Condições Gerais e Especiais**, que tralam do Cancelamento da cobertura individual.
- 14 - "A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco".
- 15 - Este produto poderá ser cancelado no prazo de 7 (sete) dias, a contar da adesão ao contrato, com direito à devolução dos valores pagos, monetariamente atualizados.

Ouvidoria Caixa Seguradora: 0800 702 4240. Reclamações em nível de Recorrência ou sugestões.

Os atendimentos neste canal serão registrados mediante apresentação do número do protocolo fornecido pelo SAC. A Ouvidoria atende das 8 às 18 horas, de segunda a sexta-feira, exceto feriados nacionais.

#### Contatos da Caixa Seguradora:

0800 702 4000 - Serviços e Relacionamento 0800 722 2492 - Assistência Dia & Noite e Sistre  
 0800 702 4280 - SAC - Central de Atendimento ao Consumidor: Sugestões, Dúvidas, Reclamações, Suspensões e Cancelamentos de Contratos e de Serviços 0800 702 4260 - CAS - Central de Atendimento ao Surdo 0800 702 4240 - Ouvidoria.

Assinado eletronicamente em 10/08/2018 13:06:33

Autenticação Mecânica

Local e Data

Assinatura do Proponente

RECEBEMOS

11 AGO 2018

Maria Cecília F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ 21.467.736/0001-05

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180382401      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA      **Data do acidente:** 17/04/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS 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:** QUEIMADURA POR ABRASÃO EM REGIÃO ABDOMINAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO DE LESÃO) E 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:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



aricic Origem Desvio Restaura Fim

NE 5423944534 FRANCISCO WILLIAM N TEIXEIRA Situacao: Ativo  
CPF: 001.041.733-86 NIT: 1.617.531.624-0 Ident.: 00034033743 CE

OL Mantenedor: 05.0.21.050 APS : AP3 CRATO SABI  
OL Mant. Ant.: Banco : 237 BRADESCO  
OL Concessor : 05.0.21.050 Agencia: 613949 FARMACIAS VASCONCELOS-BRADE

Nasc.: 13/09/1985 Sexo: MASCULINO Trat.: 13 Procur.: NAO RL: NAO  
Esp.: 32 APOSENTADORIA INVALIDEZ PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00  
Ramo Atividade: COMERCIAL RG: N Qtd. Dep. J. Renda: 00  
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep.Informada: 00  
Meio Pagto: CONTA CORRENTE: 0000313351 Dep. para Desdobr.: 00/00  
Situacao: ATIVO Dep. valido Pausao: 00

AFR. : 0,00 Compet : 04/2018 DAT : 30/11/2008 DIB: 19/08/2010  
MR.BASE: 830,37 MR.PAG.: 954,00 DSR : 19/08/2010 DDB: 27/08/2010  
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRÃO DIB ANO: 01/07/2009 DIB: 00/00/0000

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

135

RECEBEMOS

17 AGO 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.735/0001-08

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180382401      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA      **Data do acidente:** 17/04/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS 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:** QUEIMADURA POR ABRASÃO EM REGIÃO ABDOMINAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO DE LESÃO) E 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:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180382401      **Cidade:** Crato      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO WILLIAM NICOLAU      **Data do acidente:** 17/04/2018      **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
TEIXEIRA

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

**Data da análise:** 28/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** QUEIMADURA EM REGIÃO ABDOMINAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(DEBRIDAMENTO DE LESÃO) E 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