

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

Carta nº 13267581



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

Nº Sinistro: 3180382401

Vítima: 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**, 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 ou ASL: _____ CPF da Vítima: 001.041.733-86 Nome completo da vítima: FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA</u>	CPF titular da conta <u>001.041.733-86</u>	Profissão <u>AUTÔNOMO</u>
Endereço <u>RUA TERTULIANO GOMES</u>	Número <u>127 A</u>	Complemento <u>MURILLO</u>
Bairro <u>PARQUE S DE LATA</u>	Cidade <u>CNATE</u>	CEP <u>63100-000</u>
Email _____	Estado <u>CEARA</u>	Telefone (DDD) <u>88992713+30</u>

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 (Fonte para os bancos abaixo. Assine e uma opção)

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NÚM. 0684 D/V 0 CONTA NÚM. 68671 D/V 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (bancos os bancos)

BANCO Nome _____ NÚM. _____
 AGÊNCIA NÚM. _____ D/V _____ CONTA NÚM. _____ 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.

CNATE 05 de Agosto de 2018 **RECEBEMOS**
 Local e Data

17 AGO 2018

FRANCISCO WILLIAM NICOLAU TEIXEIRA
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
 CNPJ 021487736/0001-06



O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site 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 Atividade Profissional

13/09/1985 32 M SOLTEIRO PINTOR DE PAREDES

Faixa de Renda

Individual

Familiar

E-mail

17 AGO 2019

CEP Endereço (Av. / Rua, nº., complemento)

63100-970

TERTULINO FIGUEIREDO A

Maria Gecineide F. Nobre

Corretora de Seguros Direta

CNPJ: 21.487.736/0001-06

Bairro

CONJ N S DE FAIXA

Cidade

CRATO

UF

CE

DDD Telefone Residencial

88

9200-6474

DDD

Telefone Comercial

DDD

Telefone Celular

88

99228-2396

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

MORTE QUALQUER CAUSA

PRÊMIO TOTAL

10.000,00

9,25

Opção Periodicidade

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	Data Cobrança	Data Proposta	Agência	Matrícula-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 tomei 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 teor 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 somente será liquidada 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 23:06:33

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 702 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 12.743/12 Informamos que incidem as alíquotas de 0,65% 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.
- 11 - Serviço ao Cidadão SUSEP disponível no site www.susep.gov.br ou pelo 0800 21 8484.
- 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 do 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 tratam 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 a 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 Sinistro
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 13:06:53

Local e Data

Assinatura do Proponente

Autenticação Mecânica

RECEBEMOS

17 AGO 2018

Maria Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-05

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:

Karla Souza

Inicio 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 RP: 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 Pensao: 00

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

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

135

RECEBEMOS

17 AOUT 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:

Karla Souza

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 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