
Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180424854**
Vitima: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**
Data do Acidente: **23/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180424854**.

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, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180424854**

Vitima: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**

Data do Acidente: **23/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **ANTONIO MARCOS DOS SANTOS COSTA**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180424854**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/07/2018**. 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

Autorização de pagamento



**AUTORIZAÇÃO 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

924-263-873-00

Nome completo da vítima

Valmir De Sousa Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Valmir De Sousa Oliveira	CPF titular da conta	924-263-873-00	Profissão	Soldador
Endereço	Rua PRINCIPAL	Número		Complemento	
Bairro	SETOR E	Cidade	PARANÁPOLIS	Estado	CE
Email	nenhuma	Telefone (DDI)	(85) 9.1120-9051	CEP	62685-000

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

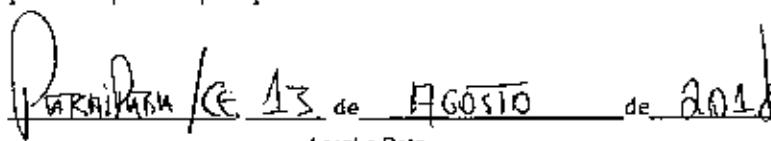
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

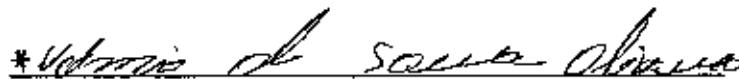
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	BRADESCO	NRO.	237
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
5446	1	0511051	3
(Informar dígito se existir)			

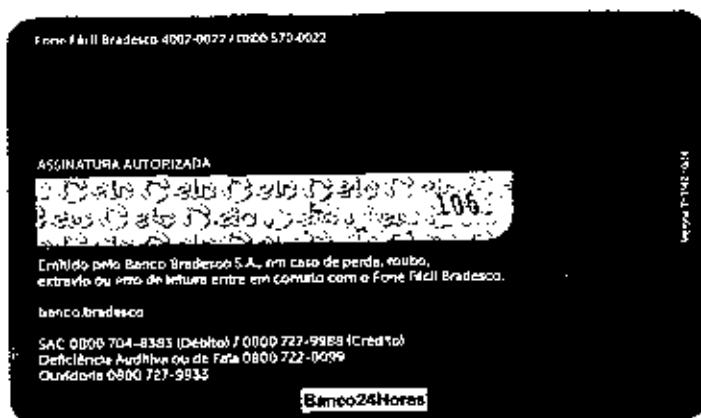
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.


Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424854 **Cidade:** Paraipaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO
FRATURA DO CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Vitor Hugo Sousa Morim".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424854 **Cidade:** Paraipaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO
FRATURA DO CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**, brasileiro, casado, empregado, com CIRG nº 2000030008833 – SSPDC/CE; CPF/MF nº 924.263.873-00, telefone: (85) 9.9920-9051 / 9.9744-1531, residente e domiciliado na Rua 21 de março (antigo Posto de Saúde), nº 118, NH Setor E, Paraipaba/CE, CEP. 62685-000.

OUTORGADO: **ANTÔNIO MARCOS DOS SANTOS COSTA**, brasileiro, casado, ADVOGADO legalmente inscrito nos Quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, sob o nº 33.302, CPF nº 742.541.543-72, com endereço profissional sito à Rua Leste-Oeste, nº 48, Segunda Etapa, Paraipaba/CE, CEP 62.685-000.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, fica constituído o patrono acima qualificado e, concedendo-lhe, poderes para representar o OUTORGANTE perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ nº 09.248.608/0001-04, tendo poderes para requerer administrativamente indenização do Seguro DPVAT em razão de acidente com moto ocorrido no dia 23/07/2018, por volta das 20:30hs, que lhe causou INVALIDEZ PERMANENTE, seguindo até o final da decisão, interpondo os recursos legais.

PODERES ESPECÍFICOS: De igual modo, concedo ao advogado constituído, poderes especiais para requerer o seguro DPVAT a quem tem direito a OUTORGANTE, junto a qualquer seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador, em nome do mesmo, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, inclusive substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, em conformidade com o art. 105 do NCPC/2015.

CARTÓRIO DAMASCENO NETO
2º OFÍCIO DE PARAIPABA

assinado e firmado de:
Valmir de Sousa Oliveira

<input checked="" type="checkbox"/> AUTENTICAÇÃO	<input type="checkbox"/> SEMELHANÇA
Paraipaba-CE,	14 / 08 / 2018
<i>Emmanuel Alves de Damasceno</i>	
Escrivão autorizado	

Paraipaba/CE, 14 de agosto de 2018.

valmir de souza oliveira
VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334811/18

Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

CPF: 924.263.873-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/07/2018

Titular do CPF: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIO MARCOS DOS SANTOS COSTA : 742.541.543-72

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA : 924.263.873-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2018
Nome: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
CPF: 924.263.873-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

Patricia Aleixo Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180424854 **Cidade:** Paraipaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/07/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO MAXILAR DIREITO
FRATURA DO CÔNDILO MANDIBULAR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA 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: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Vitor Hugo Sousa Morim".