

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **GENIVAL BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180167733**

Vitima: **GENIVAL BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **08/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180167733**.

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 12671907



Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: GENIVAL BEZERRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180167733

Vitima: GENIVAL BEZERRA DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180167733**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **08/09/2017**. 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 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

452.950.184-15

Nome completo da vítima

Genival Bezerra da Silva

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

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Genival Bezerra da Silva		452.950.184-15		Recebeu de	
Endereço		Número		Complemento	
Sit. Nota do Gaxapu		51Nº		Área Rural	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
	Almonda	PB	5832-0000	83-98849-5530	
Email				Telefone (DDD)	
ccf.ados@gmail.com				83-98849-5530	

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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome Agência NRG. D/V 1262 9 11-684 X			
Agência NRG. D/V 1262 9				Agência NRG. D/V 11-684 X			
(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.

Almonda, 12 de Abril de 2018

Local e Data

Genival Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



12 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180167733 **Cidade:** Alhandra **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVAL BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 10/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO OSSO FRONTAL À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. 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.

## 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

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JOSE MARCONI BELARMINO DO CARMO

DOC. IDENTIDADE / CPF. EMISSOR UF  
4227392 ESUS ES

CPF  
109.870.984-54 DATA NASCIMENTO  
09/08/1996

FLACAO  
JOSE MARCOS BEZERRA DO  
CARMO  
HILDA BELARMINO DA  
FONSECA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REG. REG. 06306947848 VALIDEZ 04/09/2019 1ª HABILITAÇÃO 24/02/2015

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIV. REMUNERADA;

Ass. Jose Marconi Belarmino do Carmo

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO  
29/02/2016

12015922064  
PB032203144

DETRAN - PB (PARANÁ)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1275525819

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1275525819

DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DA MOTO

12 ABR. 2016  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº000491-175

Cód. para Dda. Automático: 00004520324

12 ABR. 2013  
PROCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Gemeral Bezerra da Silva  
DATA DO ACIDENTE 08/09/2017 CPF DA VÍTIMA 452.950.184-15  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR AV VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É  
ENDEREÇO DO PORTADOR Sít. Mato do Gopopu  
Nº 24 COMPLEMENTO Poa Rural BAIRRO  
CIDADE Aurandira UF PA CEP 58320000  
E-MAIL ccf@advogado.com TELEFONE (83) 98849-5530  
83 99113-0753

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • DAT
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) • Dado não do proprietário
- ☒ LAUDO ~~BOA~~ (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) • Dado não do proprietário
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/04/18  
IDENTIDADE 22.742.083/PB  
ASSINATURA Adilson Neto

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12/04/18  
NOME Katália Soares  
ASSINATURA Katália



# Sinistros

Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
		Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) indicou que os seguintes documentos estão pendentes:  GENIVAL BEZERRA DA SILVA	
18/04/2018 18:07	Documentação pendente	<p>Autorização de pagamento (Não conclusivo) - dados bancários incorretos</p> <p>Observações: Solicitamos:</p> <p>1- Apresentar autorização de pagamento devidamente preenchida. (dados bancários válidos)</p>	
18/04/2018 18:02	Edição de pessoa	O usuário Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) editou os dados da pessoa ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO.	
18/04/2018 18:00	Edição de pessoa	O usuário Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) editou os dados da pessoa GENIVAL BEZERRA DA SILVA.	
18/04/2018 17:58	Edição de pessoa	O usuário Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) editou os dados da pessoa GENIVAL BEZERRA DA SILVA.	
18/04/2018 14:12	Preencher campos chave	Roberto Dias Cruz preencheu campos chave do sinistro.	
18/04/2018 14:12	Distribuir	Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) encaminhou a regulação do sinistro para Roberto Dias Cruz	
15/04/2018 01:08	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
12/04/2018 17:50	Emissão de protocolo	<p>O usuário Usuario DigProprio ( ) informou que recebeu os documentos da remessa.</p> <p>Aviso Seguradora Líder de Invalidiz registrado por:                      Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA                      Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A                      Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111)</p> <p>ASL-0131016/18</p>	
12/04/2018 16:01	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima	

Ações -

Exibir Documentos

Cancelar



