
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



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

Genival Bezerra da Silva

CPF titular da conta

452.950.184-15

Profissão

RECURSO-SE

Endereço

Sítio Mota do Coxopu

Número

51

Complemento

ÁREA RURAL

Bairro

Cidade

Almonda

Estado

PB

CEP

58320000

Email

ccf.adm@gmail.com

Telefone (DDD)

83-98849-5530

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
 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

 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)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

 12 ABR. 2018
 12 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 12 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 12 ABR. 2018

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

1262

9

11-684

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

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 Lider 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.

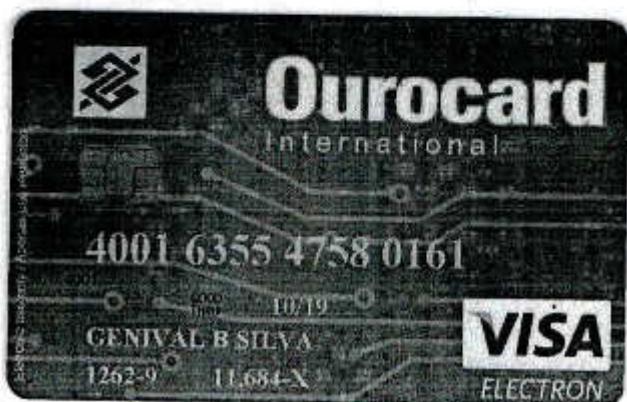
Almonda, 12 de Abril de 2018

Local e Data

Genival Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



12 ABR. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
SIA

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

Valorização 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

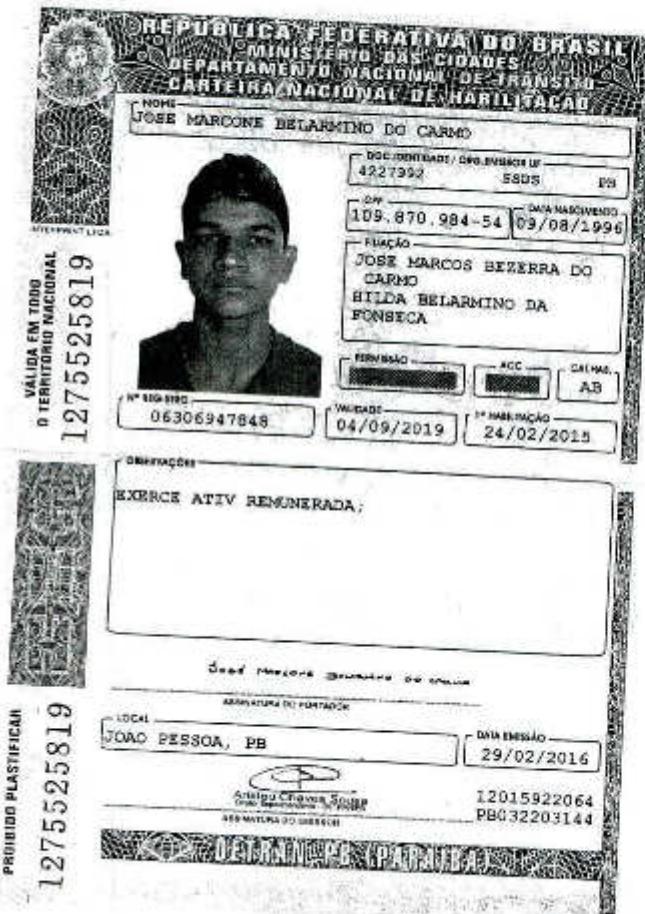
Nome do médico: TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

CRM do médico: 52.90873-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DA MOTO

12 ABR. 2013
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
S/A

JOSE MARCOS BEZERRA DO GARMON
ST. FREI CANÔA VELHA, 804 - ÁREA PLURAL
CONDE / PB CEP: 58022000/AG. II

energisa

Emissão: 12/09/2017 Referência Set/2017
Classe/Subclasse: RURAL / RURAL RESIDENCIAL

ENERGISA PARAIBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
km26 - Orós Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880
CNPJ 09.085.132/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.323-0

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0136** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Set / 2017	13/09/2017	11/10/2017	1176384473

UC (Unidade Consumidora)

5/1462093-4

Canal de contato

Acesse www.icebergisa.com.br e você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como: seguro via e/ou carro, mudanças, contabilidade, negociação, consultoria e debates, entre outros.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
14/02/17	0000	14/02/17	0000	

Demonstrative

CD	Desc (M)	DESPESA TANDEM							Tributos	Total	Perc (%)
		DESPESA CUSTOS									
0001	Consumo em WR	224.070	0.35740	75.43	0.00	0	0.00	75.43	0.34	1.59	
0001	Adic B. Vermeire		3.67	0.00	0	0.00	3.67	0.07	0.00		
0001	Adic B. Amarela	*	20	0.00	0	0.00	20	0.01	0.01	0.01	
0000	Subsidio	32.32	0.00	0	0.00	0	0.00	32.32	0.15	1.38	

LANÇAMENTO DE SERVIÇOS

1987 CONTRIBUICAO LUM PBLICA	12,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
1984 COMPENSACAO POR INDICADOR - Q3/07/2017	-5,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
1988 Devolucao Superado	-81,42	0,00	0	0,00	0,00	0,00

SCI Código de Classificação do item TOTAL 85,21 1,20 0,00 113,63 0,52 2,20

VENCIMENTO
20/09/2017

Histórico de Consumo (kWh)														
1ºB	120	1ºB	116	1ºB	109	2ºB	102	1ºB	107	1ºB	100	1ºA	104	1ºB
Agosto/17	Jul/17	Junho/17	Maio/17	Abril/17	Março/17	Fevereiro/17	Janeiro/17	Dez/16	Nov/16	Out/16	Set/16			

RESERVADO A Q. B. 550-3485 c6c1 6880 58f8 9c18 247d edf1

Indicadores de Qualidade

LIMITES DA ANEEL	APURADO	LIMITE DE TENSÃO (V)
CIMENTAL	11,82	51,05
CTRIMESTRAL	23,93	NOMINAL
CANAL	47,78	
CIMENTAL	9,00	500
CTRIMESTRAL	15,09	CONTRATADA
CANAL	32,58	LIMITE INFERIOR
AC	5,89	LIMITE SUPERIOR
CD	16,60	
	23,78	

Componentes do Custo	Valor (R\$)	%
Seniores do Del da Energia PB	25,14	30,87
Companhia de Energia	31,74	38,78
Centro de Transporte	4,48	5,45
Entregas Setoriais	8,97	10,65
Impostos Diretos e Indiretos	15,15	18,65
Outros Serviços	0,30	0,30

Valencia E1-SD (Rev. 7/2017) 8549

www.ensaios.com ATENÇÃO

Reclame a Tarifa - Vigência 26/08/17 Res. ANEEL nº 2.081 - Baixa Tensão 13,34% Média
Reclame a Tarifa - Vigência 26/08/17 Res. ANEEL nº 2.021 - Alta Tensão 16,38% Média
Lectura confirmada

Faturas em atraso

COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA PRO-
PRIETÁRIO DO
VEÍCULO

IDENTICIA

IDENTIFICAÇÃO			
VITIMA	<u>Gemini Rangel da Silva</u>	VITIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM
DATA DO ACIDENTE	<u>08/09/2017</u>	CFP DA VITIMA	<u>452.950.184-15</u>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO			
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<u>2011</u>	A VITIMA É	
ENDERECO DO PORTADOR	<u>517 Antônio das Graças</u>	COMPLEMENTO	<u>Alvorada</u>
Nº	<u>215</u>	BAIRRO	<u>58320000</u>
CIDADE	<u>Alvorada</u>	UF	<u>RS</u>
E-MAIL	<u>ccf.alvorada@gmail.com</u>	CEP	
		TELEFONE	<u>(83) 98849-5530</u>
			<u>83 98443-0753</u>

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INWIDEZ PERMANENTE FIDM

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO. (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CÓPIA 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA. (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE -

- ✓ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✓ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ CÓPIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

✓ LAUDO BO-114 (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

✗ 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 COMPROVA A EXISTÊNCIA

DOCH 1500 1500

- 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)

INFORMAÇÕES IMORTANTES

- Morte - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REDEBOLS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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)

BS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER BAIQUER

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------|--|-----------------------|
| PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE | | RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA | |
| DATA | A210418 | DATA | 12/04/18 |
| ENTIDADE | 22342 003193 | NAME | <u>Notácia Socare</u> |
| | | | 16-1 |

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA	<u>Isabella Soares</u>	
DATA	<u>12/04/18</u>	
NOME	<u>Isabella Soares</u>	
ASSINATURA	<u>Isabella Soares</u>	

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	
DATA	<u>12/04/18</u>
IDENTIDADE	<u>22.342.003-193</u>

Sinistros

Detalhe de Sinistro

[Sinistro](#) [Histórico](#)

Data	Ação	Comentários	Visualizar
18/04/2018 18:07	Documentação pendente	Roberto Dias Cruz (PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS) indicou que os seguintes documentos estão pendentes: GENIVAL BEZERRA DA SILVA - Autorização de pagamento (Não conclusivo) - dados bancários incorretos Observações: Solicitamos: 1- Apresentar autorização de pagamento devidamente preenchida. (dados bancários válidos)	
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 Servico Tasker () informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
12/04/2018 17:50	Emissão de protocolo	O usuário Usuario DigProprio () informou que recebeu os documentos da remessa. Aviso Seguradora Líder de Invalides registrado por: Usuário: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111) ASL-0131016/18	
12/04/2018 16:01	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima	<input checked="" type="checkbox"/> Editar Documentos <input type="checkbox"/> Cancelar

Ações -

100/2018-0131016-18
19 ABR 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

