

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180552335

Vítima: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO

Data do Acidente: 14/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180552335**.

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 13637291



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ROL: _____ CPF da vítima: 223.834.414-49 Nome completo da vítima: Oséguas Gomes de Araújo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Oséguas Gomes de Araújo CPF: 223.834.414-49
 Profissão: Autônomo Endereço: Rua Carlos Marichella Número: 800 Complemento: B
 Bairro: Macaxeira Cidade: Recife Estado: PE CEP: 52090-660
 Tel (DDD): (81) 3211-3224

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1583 ☐ CONTA: 24159 3
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando desde já e com efeito após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Não estou arrolhado, sujeito a encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com data posterior à data da ocorrência do acidente, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e extensão da invalidez permanente decorrente do acidente do trânsito, conforme Lei 6.194/74, Art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova conclusiva com a realização médica ou renúncia do direito de indenização. Caso contrário, eu sou condenado.

3.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

23/11/2017
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. E
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheira(o): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheira(o), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tenha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Faço ciência de que a Seguradora LIDER pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem a sua condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Olinda, 20.11.2017
 Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura de quem assina A ROSTO: Oséguas Gomes de Araújo
 Assinatura do Beneficiário (se beneficiário)

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(1) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SÚA ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

23/11/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01583

CONTA: 000000024159-3

Nr. da Autenticação 5937A4459A7E0DE3

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180552335 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ESEQUIAS GOMES DE ARAUJO **Data do acidente:** 14/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50