
Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**

Sinistro: **3180357775**

Vítima: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**

Data do Acidente: **09/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180357775** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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, 23 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180357775

Vítima: JARDIEL GEORGE DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JARDIEL GEORGE DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JARDIEL GEORGE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180357775

Vitima: JARDIEL GEORGE DA SILVA

Data do Acidente: 09/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSILENE MARGARIDA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180357775.**

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, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180357775**
Vitima: **JARDIEL GEORGE DA SILVA**
Data do Acidente: **09/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSILENE MARGARIDA DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180357775**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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





**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 Nome completo da vítima
091 849 484-26 Jordiel George da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Jordiel George da Silva	CPF titular da conta	091 849 484-26	Profissão	Autônomo
Endereço	Rua: Otávia Galvão	Número	269	Complemento	Casa
Bairro	betto M. Ribeiro	Cidade	Augustina	Estado	PE
Email	Rote.silva.legueros@hotmail.com				Telefone (DDD) (81) 99285-3008

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
 <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
 <input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO	Nome		
<i>BraDESCo</i>			NRO <i>237</i>
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>032 31</i>		<i>000000002928 69</i>	
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bananeira de 11 de Julho de 2018

ARUANA SEGUROS
03 AGO 2013

JARDIEL GEORGE DE SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

MUNDO VIRTUAL. DESENVOLVIMENTO EM C. LTDA
RUA PADRE MANOEL ZACARIAS, 29
Term. Net-Iso 00026190 Data 22/05/2018
Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 03211 - CARUARU-CTO
PACB : 146 - CR SALAS DE ACESSO/IR
INTERNET

Agencia : 03211-CARUARU-CTO
Conta : 0000000029286 9
Nome : JARDIEL GEORGE DA SILVA
Data : 22/05/2018
Modalidade: 00

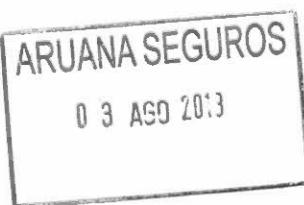
Tipo Pessoa: Fisica
Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios : S

NSU BANCO: 029253013542
HORA : 10:56:30

Sujeito a Confirmacao do Banco

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JARDIEL GEORGE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000029286-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1211201805000000000237032110000002928633750 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180357775 **Cidade:** Agrestina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JARDIEL GEORGE DA SILVA **Data do acidente:** 09/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA TIBIA ESQUERDA
FRATURA DE QUINTO ARTELHO DO PÉ ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO EM JOELHO E TORNOZELO ESQUERDO, SEM DEFORMIDADE E COM TROFISMO MUSCULAR, SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADA
DOR E LIMITAÇÃO DE EXTENSÃO DO DEDO DO PÉ , ALINHAMENTO PRESERVADO

Resultados terapêuticos: RADIOGRAFIA DA Perna evidencia Fratura de Diáfise de Tibia CONSOLIDADA
RADIOGRAFI AMOSTRA FRATURA CONSOLIDADA DE ARTELHO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/11/2018

Conduta mantida:

Observações: SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS NA FRATURA DA PERNAS ESQUERDA

Médico examinador: Jackson Jose Florencio Junior

CRM do médico: 18573

UF do CRM do médico: PE

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: