Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180444983**
Vitima: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**
Data do Acidente: **08/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444983.**

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.b**r 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

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180444983**
Vitima: **ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**
Data do Acidente: **08/06/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180444983**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180444983

Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

Data do Acidente: 08/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

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 022 1204 ou 3305 0221204 (exclusivo para deficientes 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 da 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 com 16 ou 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 (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro (SES)	CPF da vítima	Nome completo da vítima
	700 319 444-07	ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF do titular da conta	Parentesco
ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR	700 319 444-07	CONTINUATE

Banco	Nº do banco	Conta corrente
CAIXA ECONOMICA FEDERAL	104	

Rua	Número	Cidade	Cep	DDD
ALFIRANO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

E-mail	Telefone
[illegible]@gmail.com	(81) 99884-3109

Declaro sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima, sendo a mesma, cópia de comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

FAIXA DE RENDA MENSAL	SEXO	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

CONTA POUPANÇA (somente para titular maior de idade e formato conforme abaixo)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA

☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

X CONTA CORRENTE (qualquer banco)

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
BRADESCO 237	3141 - 6	0070974 - 7

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, declaro não ter mais qualquer valor indenizado.

Recife, 05 de [illegible] de 2019

Local e Data

Alessandro Antonio Gomes de S Junior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DPVAT-AUT-001-01

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML – CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204 ou 0800 022 1208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva ou de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Nome Completo da Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA

CPF da Vítima: 701.104.441-04

Data do Acidente: 08/06/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome Completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro sob as penas da lei que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74 – art. 5º, § 5º).

Assinale uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de pedido do Seguro DPVAT; ou

X O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor, devo esclarecer que esta declaração permite o prosseguimento da minha demanda indenizatória sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando desde já, em me submeter a perícia médica realizada pela Seguradora Líder (DPVAT) para a correta avaliação da existência e extensão do grau de lesão, ou lesões para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a ausência de ação para a realização desse perício médico que comprovadamente contém de com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a minha discordância ou seu conteúdo.

Sete Barras, 05 de dezembro de 2018

Local e Data

Campo 1 – Assinatura do Beneficiário

Campo 2 – Assinatura do Representante Legal

CAGEPA

Descrição	Série	Quantidade de Economias	Consumo

Hidrômetro	Data de Instalação do Hidrômetro	Leituras, Inc	Situação Agua	Situação Esgoto

VENCIMENTO 17/05/2010

Total a Pagar: R$ 194,33

CAGEPA

Matrícula	Referência	Vencimento	Total a Pagar

RENATA VALSINA ALCOFORADO COSTA

Emissão: [illegible] Referência: Ago / 2018

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TIPO A - BAIXA

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura
Ago / 2018	28/08/2018	28/09/2018

Uc (Unidade Consumidora)

RECEBIDO
14 NOV. 2018
GRUPO SEGURADOR BBMAPPRE

Declaração do
Proprietário do Veículo

Eu, ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR, RG nº 3943176, data de expedição 16/02/2011, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 708.318.491-67, com domicílio na cidade de João Pessoa-PB, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) E. DE PEDRO II CASTANHEIRA, 70, ALTIPLANO, nº 100, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima (desconhecido), cujo o condutor era (desconhecido).

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CBR 300
Ano: 2013/2014
Placa: NBA1341
Chassi: 9C2JC7110ER009515
Data do Acidente: 08/02/2017
Local e Data: João Pessoa, 03/09/2018

8º OFICIO

Alessandro Antonio Gomes de Souza Junior

Assinatura do Declarante

Eurípio Torres
Resp. p/ Impressão: JOÃO BARBOSA
Reconheco P/ AUTENTICIDADE das Fichas:210071
ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR
Em testemunho da verdade, 03/09/2018
Selo Digital 04843259-2M09

EURÍPIO TORRES
TEL 3219 1214
JOÃO PESSOA
PARAÍBA

APÓS ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS NO SINISTRO CADASTRADO SOB O Nº 3180444983, FORA IDENTIFICADA A NECESSIDADE DE REGULARIZAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA:

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA LEGÍVEL
- COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO FALTANDO PÁGINA
- DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO NÃO CONCLUSIVO

DIANTE DA EXIGÊNCIA DOCUMENTAL, APRESENTA-SE OS ESCLARECIMENTOS ABAIXO:

- Da declaração de proprietário de veículo

A **vítima/beneficiária ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**, à época do acidente (08/06/2017) era o condutor e proprietário da motocicleta placa NQA 1341/PB, no entanto, não possui mais a cópia do documento (CRLV) da motocicleta em seu nome.

No entanto, conforme resta demonstrado nos documentos anexos, a proprietária anterior à data do acidente ocorrido era a Sra. Josineide Pereira da Silva e o proprietário atual da referida motocicleta é o Sr. Cícero Ferreira Machado.

Salienta-se que no atual CRLV da motocicleta **consta registrado como antigo proprietário o beneficiário/vítima ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR**, o qual é proprietário anterior ao Sr. Cícero Ferreira e posterior à proprietária Sra. Josineide Pereira Silva.

Sendo assim, tendo em vista que a vítima/beneficiária era o condutor e proprietário da motocicleta à época do acidente, desnecessário a declaração de propriedade de veículo.

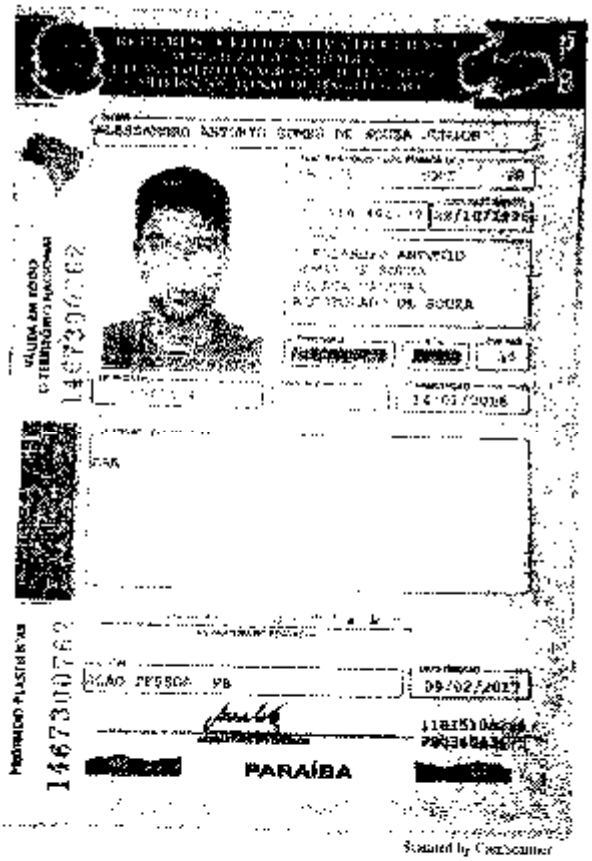
Ademais, já fora encaminhado a esta seguradora a referida declaração de propriedade da vítima/beneficiária/condutor ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR com firma reconhecida por autenticidade.

- Da comprovação de ato declaratório faltando página

Em relação à **comprovação de ato declaratório faltando página**, cumpre registrar que o Boletim de Ocorrência Policial declaratório foi encaminhado e o mesmo contém apenas 1 (uma) página, juntamente com a declaração de atendimento pré-hospitalar/remoção realizado pelo SAMU evidenciando o acidente relatado no Boletim de Ocorrência Policial já encaminhado.

Alessandro Antonio Gomes de Souza Júnior
Assinatura do declarante/condutor/beneficiário

RECEBIDO
14 NOV. 2018
GRUPO SEGURADOR BBMAPPRE



PARAÍBA

Scanned by CamScanner

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444983 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR **Data do acidente:** 08/06/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO + PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTES ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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**

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350448/18

Número do Sinistro: 3180444983

Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZ

Data do acidente: 08/06/2017

CPF: 700.318.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Declaração do Proprietário do Veículo
DUT

ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR : 700.318.494-07

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 14/11/2018	Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR	Nome: Maria Aparecida da Silva
CPF: 700.318.494-07	CPF: 231.602.828-48
ESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIC	Maria Aparecida da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350448/18

Vítima: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZ

Data do acidente: 08/06/2017

CPF: 700.318.494-07

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR : 700.318.494-07

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	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 24/09/2018	Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ALESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIOR	Nome: SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA
CPF: 700.318.494-07	CPF: 441.172.858-31
ESSANDRO ANTONIO GOMES DE SOUZA JUNIC	SARA OLIVEIRA PEREIRA DA SILVA