

---

Rio de Janeiro, 12 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **REGIS DE LIMA PINTO**

Nº Sinistro: **3180417350**

Vitima: **REGIS DE LIMA PINTO**

Data do Acidente: **15/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180417350**.

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, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: REGIS DE LIMA PINTO

Sinistro: 3180417350

Vítima: REGIS DE LIMA PINTO

Data do Acidente: 15/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**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 **3180417350** 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](http://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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417350      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGIS DE LIMA PINTO      **Data do acidente:** 15/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Vitor Hugo Sousa Morim".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417350      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGIS DE LIMA PINTO      **Data do acidente:** 15/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Regis de Reima Pinto., Brasileiro (a)  
Estado Civil Solteiro, Profissão Motoboy Inscrito com o Nº de RG:  
94002286228 e CPF: 465.467.583-34 Residente e  
domiciliado(a) à rua Vasco de Taide  
Nº: 0526 Bairro: Messias Cidade: Fortaleza.  
Estado: Ceará CEP: 60841395 Fone: (85) 9 8795.0002

OUTORGADO: Bruna Kelly Quirino Monteiro  
Inscrito com o Nº de RG: 2006 01517-2597  
e CPF: 062.775.953-00 Residente e domiciliado na: Rua Brumado  
do Rio Branco Nº: 1782 Bairro: José Bonifácio  
Cidade: Fortaleza; Estado: Ceará

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Regis de Reima Pinto., ocorrido em 15/12/2017.

OBS.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Aquinay, (Cé), 18 de maio de 2018

L. Regis d. Reima Pinto  
OUTORGANTE

RIA CORRETORA DE SEG. LTDA

22 MAIO 2018

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Regis de Reima Pinto, Brasileiro (a)  
Estado Civil: Solteiro, Profissão: motoboy Inscrito com o Nº de RG:  
94002286228 e CPF: 465.461.583-34 Residente e  
domiciliado(a) à rua Visconde de Itaídi  
Nº: 0526 Bairro: Messina Cidade: Fortaleza  
Estado: Ceará CEP: 60841395 Fone: (85) 98795-0002

**OUTORGADO:** Brena Kelly Quiray Nortena  
Inscrito com o Nº de RG: 2006015172597  
e CPF: 062.775.953-00 Residente e domiciliado na: Rua Bonito  
do Rio Branco Nº: 1782 Bairro: Jardim Bonifácio  
Cidade: Fortaleza Estado: Ceará

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao numero do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep. Cujo vitima em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Regis de Reima Pinto, ocorrido em 15/12/2017.

**OBS.:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Jaquez, (c.c), 19 de maio de 2018

L. Regis de Reima Pinto  
OUTORGANTE

MARIA CORRETORA DE SEG. LTDA.  
19 JUL. 2018

ASS:

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0328680/18

**Vítima:** REGIS DE LIMA PINTO

**CPF:** 465.467.583-34

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/12/2017

**Titular do CPF:** REGIS DE LIMA PINTO

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**REGIS DE LIMA PINTO : 465.467.583-34**

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](http://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

Data da entrega: 10/09/2018  
Nome: REGIS DE LIMA PINTO  
CPF: 465.467.583-34

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

\_\_\_\_\_  
REGIS DE LIMA PINTO

\_\_\_\_\_  
JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180417350      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** REGIS DE LIMA PINTO      **Data do acidente:** 15/12/2017      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 28/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATO TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**