

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA TORRES  
Nº Sinistro: 3180340630  
Vitima: JOAO BATISTA TORRES  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180340630**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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**



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO BATISTA TORRES**

Nº Sinistro: **3180340630**

Vitima: **JOAO BATISTA TORRES**

Data do Acidente: **26/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180340630**.

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 13148178



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA TORRES  
Nº Sinistro: 3180340630  
Vitima: JOAO BATISTA TORRES  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180340630**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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**



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA TORRES  
Nº Sinistro: 3180340630  
Vitima: JOAO BATISTA TORRES  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180340630**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora 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**

Carta nº 13336978



Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA TORRES

Sinistro: 3180340630  
Vítima: JOAO BATISTA TORRES  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

**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 3180340630** 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**

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO BATISTA TORRES

Nº Sinistro: 3180340630  
Vitima: JOAO BATISTA TORRES  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARLOS ROCHA HARTMANN SOARES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180340630**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **26/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180340630  
Nome do(a) Examinado(a): Joao Batista Torres  
Endereço do(a) Examinado(a): Dist Melancias, 620  
Rural Apodi RN CEP: 59700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001.085.921  
Data local do acidente: [ 26/05/2018 ]  
Data local do exame: [ 17/10/2018 ] Rio Grande do Norte [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: CIRÚRGICO**  
**Data da Alta: 26/05/2018**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**DENTRO DA NORMALIDADE**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

( **X** ) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

( ) Sim ( **X** ) Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"**

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias*

( **X** ) "Sem sequela permanente"

*(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):


Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Wilson Edino Jales**  
ORTOPEDIA 4683  
CNPJ. 27.293.341/0001-50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340630 **Cidade:** Severiano Melo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA TORRES **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 09/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL E PARIETO-OCCIPITAL DIREITA.  
FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL E PARIETO-OCCIPITAL DIREITA.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) PARA FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340630 **Cidade:** Severiano Melo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA TORRES **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 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.

## 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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340630 **Cidade:** Severiano Melo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA TORRES **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 08/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL E PARIETO-OCCIPITAL DIREITA.  
FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR PARA TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO OCCIPITAL E PARIETO-OCCIPITAL DIREITA.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) PARA FRATURA EM MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340630 **Cidade:** Severiano Melo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO BATISTA TORRES **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DENTRO DA NORMALIDADE

**Resultados terapêuticos:** ALTA HOSPITAL EM BOM ESTADO GERAL.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 17/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Wilson Edino de Freitas Jales

**CRM do médico:** 4683

**UF do CRM do médico:** RN

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340630

**Cidade:** Severiano Melo

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOAO BATISTA TORRES

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DENTRO DA NORMALIDADE

**Resultados terapêuticos:** ALTA HOSPITAL EM BOM ESTADO GERAL.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 17/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Wilson Edino de Freitas Jales

**CRM do médico:** 4683

**UF do CRM do médico:** RN

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**