

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323775

Vitima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180323775**.

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 13123037



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323775

Vitima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323775**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180323775

Vitima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/03/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180323775**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 22 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3180323775

Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 31/03/2018

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 3180323775** 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.

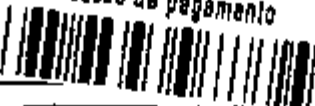
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Autorização de pagamento



ORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 57.330.679-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 25/03/13 ECPF 885783984-00 / CNPJ 000000000-00000000 PROFISSÃO AgricultorE RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA 0585-1 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 45.306-0
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Jerico-AB DATA 27/06/13

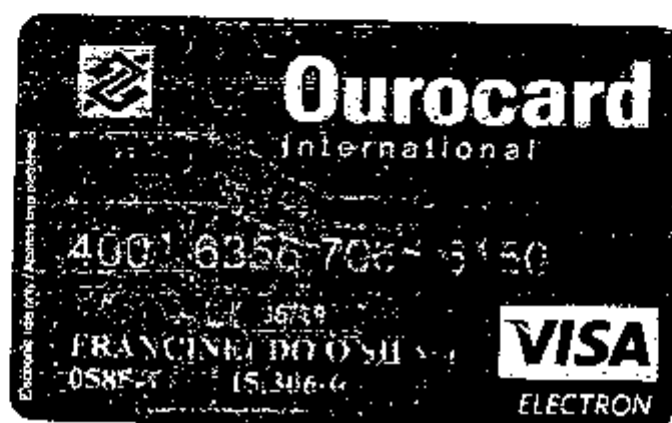
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Francineudo Oliveira da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180323775
Nome do(a) Examinado(a): Francineudo Oliveira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Alto Alegre, 36
Rural Brejo dos Santos PB CEP: 58880-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 573306199
Data local do acidente: [31/03/2018]
Data local do exame: [06/12/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 31/03/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 25/04/2018 ONDE FOI REALIZADA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE 2 PLACAS EM L 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO, ALEM DE DEAMBULAR COM CLAUDICAÇÃO E USO DE MULETAS AXILARES.

Data da Alta: 27/04/2018

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

AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO FINAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°, ATRÓFIA DA MUSCULATURA PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE E USO DE MULETAS AXILARES.

- IV. Nexo de casualidade: 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)

(X) Sim () Não

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

**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II
BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO FINAL
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°
ATRÓFIA DA MUSCULATURA PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM**

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

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do 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):

JOELHO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323775

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do acidente: 31/03/2018

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO FINAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°, ATROFIA DA MUSCULATURA PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE E USO DE MULETAS AXILARES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256931/18

Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 885.783.484-00

Data do Acidente: 31/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA : 885.783.484-00

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: 10/07/2018

Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 885.783.484-00

Data do cadastramento: 13/07/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

ANDREZA ALVES DA CUNHA

De: José Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinícius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Lider, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Lider except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Lider. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

Recibo Federal

100

REGISTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Number of observations

567.671.704-10

101

VERIMAR PAULO BEZERRA

05/08/1971

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO DIP / 145		POLÍCIA DE IDENTIFICAÇÃO <i>Wenilton Paiva</i> ASSISTENTE SOCIAL
---	---	---

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
OBRIG.
NOME
1509.320 - 2 VIA

VERNAR PAULO BEZERRA

MARIA FRANCISCA DA CONCEIÇÃO

CARDIO CATOLE DO ROCHA EB

NASC N 36493 FLS 118 LIV A CB

567.679.204-10

José Passos de

DATA DE EMISSÃO
25/06/2008

DATA DE CADASTRO
05/08/1971

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário

☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Averbação Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros documentos apresentados:

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO (A)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Averbação Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPAÑHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): FRANCISCO DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 885.783.484-00

E-mail: francisco.da.silva@hotmail.com

Data: 24/03/2018 Assinatura: [Assinatura]

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): FRANCISCO DA SILVA

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 885.783.484-00

E-mail: francisco.da.silva@hotmail.com

Data: 24/03/2018 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): Capitão S

Atendente: POBENA LUCENA MARIAS Matrícula: 8.478.6323

Data: 23/03/18 Assinatura: [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): Capitão S

Atendente: POBENA LUCENA MARIAS Matrícula: 8.478.6323

Data: 23/03/18 Assinatura: [Assinatura]

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: FRANCISCO DA SILVA

DATA DO ACIDENTE: 31/03/18 POSSUI CPF? ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF: 885.783.484-00

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 14 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)

☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES DE ORIENTAÇÕES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário

☒ Laudo de Invalides do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML

☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário

☒ Laudo de Invalides do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML

☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário

☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)

☒ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☒ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256931/18
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 885.783.484-00

Data do Acidente: 31/03/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Outros

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

Data da entrega: 08/08/2018
Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 885.783.484-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2018
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

Outros



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180323775
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 31/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180323775, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de 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

Pag. 30/79/00190 - Sin. 03 - INVALIDEZ



Cópia nº 13124891

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Seguradora
LIDER
Atendimento ao Cliente 24h

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso com Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



Seguradora
LIDER
Atendimento ao Cliente 24h

www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256931/18

Número do Sinistro: 3180323775

Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 885.783.484-00

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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

Data da entrega: 29/10/2018

Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 885.783.484-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018

Nome: Karine Gomes de Lima

CPF: 074.990.807-65

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Karine Gomes de Lima

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Nº Sinistro: 3180323775
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
Data do Acidente: 31/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ



Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180323775**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório incorr.
- incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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



5



REMETENTE / Sender

TELEFONE / Phone number

FRANCINEUS OLIVEIRA DA SILVA

ENDEREÇO / Address

RUA LOPES DE FIGUEIREDO, 77

CEP / Zip

58830-000

CIDADE / City

JERICO

UF / State

PB

PAÍS / Country

BRASIL



750200572

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE
 "To recycle materials is to preserve the environment"



DEVOLUÇÃO / Return

(CN15)

- ☐ Mudou-se (moved) ☐ Falecido (deceased)
☐ Recusado (refused) ☐ Endereço insuficiente (insufficient address)
☒ Desconhecido (unknown) ☐ Não existe o número indicado (non-existing number)
☐ Não procurado (sought) ☐ Outros (others)
☐ Ausente (absent)

Tentativas de entrega (delivery attempts)

1° / / 2° / / 3° / / 4° / /

- ☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided by the doorman or the condo manager)
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (returned to postal service)

Data: / /

Assinatura: / /



FSC
 www.fsc.org
 MMSO

Envelope produzido
 a partir de
 madeira responsável
 FSC® C015893

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323775 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323775 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** Sabemi 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: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323775 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO FINAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°, ATROFIA DA MUSCULATURA PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE E USO DE MULETAS AXILARES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180323775 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 31/03/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM ARTICULAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO (2+/4+), DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO FINAL, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 10°, ATROFIA DA MUSCULATURA PROXIMAL DA PERNA ESQUERDA EM 2 CM, DEAMBULA COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE E USO DE MULETAS AXILARES.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/12/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0256931/18

Número do Sinistro: 3180323775

Vítima: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 885.783.484-00

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 31/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCINEUDO OLIVEIRA
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

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

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 885.783.484-00

FRANCINEUDO OLIVEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

Karine Gomes de Lima