

---

Rio de Janeiro, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

Nº Sinistro: 3180254680

Vitima: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

Data do Acidente: 02/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM BRENER MENDES CRUZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180254680**.

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, 18 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES**

Nº Sinistro: **3180254680**

Vitima: **CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES**

Data do Acidente: **02/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WILLIAM BRENER MENDES CRUZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180254680**, 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](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, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

Sinistro: 3180254680

Vítima: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

Data do Acidente: 02/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM BRENER MENDES CRUZ

**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 3180254680** 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, 08 de Agosto de 2018

Carta n°: 13204291

A/C: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

**Nº Sinistro:** 3180254680  
**Vitima:** CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES  
**Data do Acidente:** 02/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** WILLIAM BRENER MENDES CRUZ

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES

**Valor:** R\$ 843,75

**Banco:** 004

**Agência:** 000000292

**Conta:** 000002100-3

**Tipo:** CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	843,75

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 25%) 6,25%

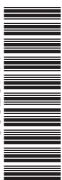
<b>Valor a indenizar:</b> 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
---	-----	--------

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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**

Sinistro: **3180254680**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS EDUARDO LOPEZ MAGALHAES**

Endereço do(a) Examinado(a): **TRAPIA nº SN - SAO PEDRO - SANTA QUITERIA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20082416677 - SSP**

Data e local do acidente: **02/07/2017 SANTA QUITERIA/CE**

Data e local do exame: **31/07/2018 SOBRAL/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA NO JOELHO DIREITO E NO PE DIREITO**

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

**TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO CIRURGICO E ENXERTA CUTANEA. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.**

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

**LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO JOELHO DIREITO, MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA NO TORNOZELO E NOS PODODACTILOS. REFERE FAZER USO DE MEIA DE COMPRESSAO.  
NAO APRESENTOU O EXAME RADIOLOGICO.**

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

SIM       NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM       NÃO

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

**DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO**

**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 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

*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): **JOELHO DIREITO**

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

Região Corporal(Sequela):

10%     25%     50%     75%     100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

*Dra. Dores M. B. C. Mendes*  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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

068 230 273 20

Nome completo da vítima

Carlos Eduardo Sope Magalhães

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Eduardo Sope Magalhães	068 230 273 20	Pescador
Endereço	Número	Complemento
Trapia / Zona Rural	S/N	Distrito
Bairro	Cidade	Estado
Sós Redos	Santa Quitéria	CE
Email	CPF 62280-000	
fremer.portilho@hotmail.com	Telefone (DDD) (88) 99305.6043	

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"/> RECUZO 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

**CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  DV  CONTA NRO.  DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Name

Banco do Nordeste

NRO.

004

AGÊNCIA NRO.

DV

CONTA NRO.  DV

00292

(Informar dígito se existir)

CONTA NRO.

DV

00000 2100  3

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Quitéria, 12 de dezembro de 2017

Lugar e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

卷之三

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180254680      **Cidade:** Santa Quitéria      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LOPES      **Data do acidente:** 02/07/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A  
MAGALHAES

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA NO JOELHO DIREITO E NO PE DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO CIRURGICO E ENXERTIA CUTANEA. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.  
LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO JOELHO DIREITO, MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA NO TORNOZELO E NOS PODODACTilos. REFERE FAZER USO DE MEIA DE COMPRESSAO.  
NAO APRESENTOU O EXAME RADIOLOGICO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180254680      **Cidade:** Santa Quitéria      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LOPES      **Data do acidente:** 02/07/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A  
MAGALHAES

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

**Data da análise:** 24/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180254680      **Cidade:** Santa Quitéria      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS EDUARDO LOPES      **Data do acidente:** 02/07/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A  
MAGALHAES

## PARECER

**Diagnóstico:** FERIMENTO COM PERDA DE SUBSTANCIA NO JOELHO DIREITO E NO PE DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO: DESBRIDAMENTO CIRURGICO E ENXERTIA CUTANEA. FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. ESTA DE ALTA MEDICA.  
LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO JOELHO DIREITO, MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA NO TORNOZELO E NOS PODODACTilos. REFERE FAZER USO DE MEIA DE COMPRESSAO.  
NAO APRESENTOU O EXAME RADIOLOGICO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**