

Rio de Janeiro, 14 de Junho de 2017

Carta nº: 11143346

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170219824 ASL-0149176/17

Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Data Acidente: 22/10/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11355146

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro: 3170219824 ASL-0149176/17
Vítima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS
Data Acidente: 22/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11520974

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro: 3170219824 ASL-0149176/17
Vítima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS
Data Acidente: 22/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2016

Carta nº: 9245223

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro: 3160367367 ASL-0914440/16
Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS
Data Acidente: 22/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2016

Carta nº: 9470550

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro: 3160367367 ASL-0914440/16
Vítima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS
Data Acidente: 22/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

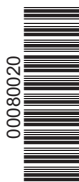
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10534030

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro: 3160367367 ASL-0914440/16
Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS
Data Acidente: 22/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10877805

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170219824 ASL-0149176/17

Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Data Acidente: 22/10/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10877807

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170219824 ASL-0149176/17

Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Data Acidente: 22/10/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/04/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Maio de 2017

Carta nº: 10965661

A/C: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170219824 ASL-0149176/17

Vitima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

Data Acidente: 22/10/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ELIONESIO FERREIRA MACIEL

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/05/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



0014

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, Jusceli Sampaio de Larios
 PORTADOR(A) DO RG Nº 200097023306 EXPEDIDO POR SSP EM 22 / 10 / 14 E
 CPF 019441413-74 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Tr. inf.
 E RENDA MENSAL DE R\$ N. inf. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

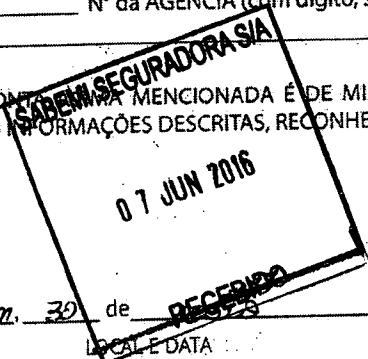
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0898-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20311-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRÁDESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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



Boa Viagem, 30 de DECEMBER de 2016 Jusceli Sampaio de Larios
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Jusceli Sampaio de Farias
Endereço do(a) Examinado(a): Fz Curupati, 9999
Dt Costa Boa Viagem CE CEP: 63870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 2000097083306
Data local do exame: [30/08/2017] Boa Viagem [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO
DISCRETA FROUXIDÃO LIGAMENTAR COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E DISCRETO AUMENTO DO VOLUME**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO DOR E EDEMA NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E IMOBILIZAÇÃO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM DISCRETA FROUXIDÃO LIGAMENTAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E DISCRETO AUMENTO DO VOLUME
Data da alta: FEV/2017
IMOBILIZAÇÃO COM TALA POR 2 MESES. FISIOTERAPIA (10SS). APRESENTA DISCRETA FROUXIDÃO LIGAMENTAR, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E DISCRETO AUMENTO DO VOLUME
Complicações: SEM**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão" | |
| <i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- 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): |
| JOELHO - Esquerdo | |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| (X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve | % do dano: () 10% residual () 25% leve |
| () 50% médio () 75% intensa () 100% completo | () 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) 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. Greive Freitas Cavalcante
CPF - 558.900.833-68
CRM/CE - 9050

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00898-2

CONTA: 000000020311-4

Nr. da Autenticação 8A04A17210BD6A47

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160367367 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS **Data do acidente:** 22/10/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/02/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: Dor em joelho esquerdo

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170219824 **Cidade:** Boa Viagem **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUSCELI SAMPAIO DE FARIAS **Data do acidente:** 22/10/2014 **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: DISCRETA FROUXIDÃO LIGAMENTAR COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO JOELHO COM CREPITAÇÃO E DISCRETO AUMENTO DO VOLUME.

Resultados terapêuticos: REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO, FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Greive Freitas Cavalcante

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

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: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

