

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170522782      **Cidade:** Rorainópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SARA CARNEIRO DINELI      **Data do acidente:** 14/12/2015      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

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

**Data da análise:** 02/01/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES

**Resultados terapêuticos:** SEM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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

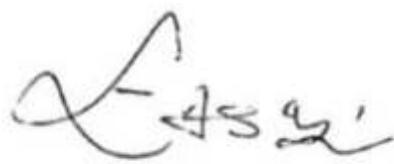
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Cadastra-se no site [www.dpvat.com.br](http://www.dpvat.com.br)

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, Sara Carneiro DinelliPORTADOR(A) DO RG Nº 33.988.7-0EXPEDIDO POR SSPI/PREM 20/12/2015CPF 034.846.992-34 / CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Padeira

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebido (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sara Carneiro Dinelli. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT À 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de, até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa, ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da 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](http://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.

25 SET. 2017

RECEBIDO

**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 00 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3994-2 N° da CONTA (com dígito, se existir) 3.944-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SÓMENTE BANCO BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Bomápolis, 22 de

Alvul RECEBIDO de 2016

LOCAL E DATA

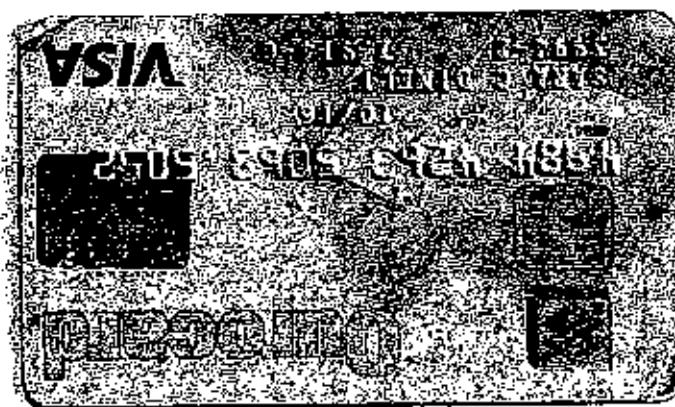
Sara Carneiro Dinelli

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 médica-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221201.



**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 60 /2016 - Boa Vista-RR, em 14/12/2016.**

**COMUNICANTE: SARÁ CARNEIRO DINÉLI**

**RG: 339887-0 O. EXP.: RR CPF: 734.846.952-3**

**ENDEREÇO: RUA JOSÉ DE ALÉNCAR Q.11 LOTE 03 N.º 4042**

**BAIRRO: CAMPOLANDIA CIDADE: RORAINOPOLIS**

**SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AUTONOMA**

**NATURALIDADE: MANACAPURU ESTADO: AMAZONAS**

**DATA DE NASCIMENTO: 18/06/1982 IDADE: 33 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: E. S INCOMPLETO**

**ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99172-1316 REG. CNH:**

**NOME DO PAI: CORNÉLIO PAULINO DINÉLI**

**NOME DA MÃE: ZENI CARNEIRO DINÉLI**

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 19:30 do dia 14/12/2015, na Av. Tancredo Neves, Suelândia localizado no Município: Rorainópolis, aconteceu o seguinte fato:

A COMUNICANTE SEGUIA NA AVENIDA TANCREDO NEVES NO BAIRRO SUELÂNDIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA POP 100, DE PLACA NAY 0668 DE COR PRETA ANO 2014, CHASSI 9C2HB0210ER4757, DE PROPRIEDADE DE SARÁ CARNEIRO DINÉLI, QUANDO SEGUINDO NA AVENIDA TANCREDO NEVES UM CAMINHÃO ATRAVESSOU COLINDO NA TRASEIRA DA MOTO DA COMUNICANTE LEVANDO-A AO DESIGUALIBRIO E A QUEDA, A COMUNICANTE FORA LEVADA AO HOSPITAL GOVERNANDOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO PELO CORPO DE BOMBEIROS QUE CONTACTARAM, SUAS LESÕES FORAM CONTUSÃO DE PANTURILHA, RUPTURA DE UM MUSCULO NA PANTURILHA DA Perna ESQUERDA E ESCORRIÇÕES MULTIPLAS.

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.**  
**OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.**

*Sara Carneiro Dineli*

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DE ORDEM DO DELEGADO RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA	DOCUMENTOS ANEXOS
<p>Conferente / Recebedor DAT 23 MAR. 2016</p> <p>Agente de Policia Civil 00014302307</p> <p>AGENTE DE POLICIA</p>	<p>RG E CPF CNH CRLV PRONTUARIO • ROP/PM OU BAT/PRF • FICHA DO SAMU OU RESGATE • COMPROVANTE DE ENDEREÇO</p>

*Boletim de Ocorrência  
Agente de Policia Civil  
00014302307*

*31 MAI 2016  
RECEBIDO*

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°60 /2016 - Boa Vista-RR, em 14/12/2016.

COMUNICANTE: SARÁ CARNEIRO DINÉLI

RG: 339887-0 O. EXP.: RR CPF: 734.848.962-3

ENDEREÇO: RUA JOSÉ DE ALENCAR Q.11 LOTE 03 N°. 4042

BAIRRO: CAMPOLANDIA CIDADE: RORAINOPOLIS

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: AUTONOMA

NATURALIDADE: MANACAPURU ESTADO: AMAZONAS

DATA DE NASCIMENTO: 18/05/1982 IDADE: 33 ANOS GRAU DE INSTRUÇÃO: E. S INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99172-1316 REG. CNH:

NOME DO PAI: CORNÉLIO PAULINO DINÉLI

NOME DA MÃE: ZENI CARNEIRO DINÉLI

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 19:30 do dia 14/12/2015, na Av. Tancredo Neves, Suelândia localizado no Município: Rorainópolis, aconteceu o seguinte fato:

A COMUNICANTE SEGUIA NA AVENIDA TANCREDO NEVES NO BAIRRO SUELÂNDIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA POP 100, DE PLACA NAY 0668 DE COR PRETA ANO 2014, CHASSI 9C2HB0210ER4757, DE PROPRIEDADE DE SARÁ CARNEIRO DINÉLI, QUANDO SEGUINDO NA AVENIDA TANCREDO NEVES UM CAMINHÃO ATRAVESSOU COLINDO NA TRASEIRA DA MOTO DA COMUNICANTE LEVANDO-A AO DESIGUALIBRIO E A QUEDA, A COMUNICANTE FORA LEVADA AO HOSPITAL GOVERNANDOR OTTOMAR DE SOUZA PINTO PELO CORPO DE BOMBEIROS QUE CONTACTARAM, SUAS LESÕES FORAM CONTUSÃO DE PANTURILHA; RUPTURA DE UM MUSCULO NA PANTURILHA DA Perna Esquerda E ESCORRIÇÕES MULTIPLAS.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Sara Carneiro Dineli

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúncia caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



DE ORDEN DO DELEGADO RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA	DOCUMENTOS ANEXOS
<p>Conferente / Recebedor DAT 23 MAR. 2016</p> <p>Conferente / Recebedor DAT 23 MAR. 2016</p> <p>AGENTE DE POLICIA</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>RG E CPF</li><li>CNH</li><li>CRLV</li><li>PRONTUARIO PÚBLICO</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>ROP/PM OU BAT/PRF</li><li>FICHA DO SAMU OU RESGATE</li><li>COMPROVANTE DE ENDEREÇO</li></ul>

Delegado Conferente / Recebedor  
Agente de Polícia Civil  
Data: 23/03/2016

RECEBIDO



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA



01. DADOS DO (A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO:		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO	
Nome: <i>Sérgio Correia de Melo</i>				10	12	2015	20:40	04091	
DATA NASC.	DATA	MÊS	ANO	idade:	Documento de Identificação		CPF	SEXO: M( ) / F( )	
16/05/1982	16/05/2015	05	2015	339	3299887-0		0000000000000000		
End: Rua: Avenida:	Bairro:		Município:		Estado/UF:		Complemento:		
<i>Almeida Dr. Irandara</i>	<i>Plantão da Policia</i>		<i>Rorainópolis</i>		<i>RR</i>				
	PAI:		Correia Valente Dona						
	MÃE:		Correia Valente Dona						
02. DO ACIDENTE:									
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA		<input type="checkbox"/> TRABALHO		<input type="checkbox"/> TRÂNSITO		<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)	
03. DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:									
<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO		<input type="checkbox"/> DEAMBULÂNCIA		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)			
04. TIPO DE ACIDENTE:									
<input type="checkbox"/> TRAUMÁTICO		<input type="checkbox"/> QUEIMADURA		<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO		<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO		<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)	
Outros (descrever):		<i>Est. Roraima 000 0661 5302</i>							
TEMP:			PESO / Kg:			PA:	160	X	420
05. SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:									
PROFISSÃO:	<i>Conferente com original</i>								
DIA	MÊS	ANO	HORA	05.370.016/0001-00					
				05.370.016/0001-00					
06. DOENÇA OCUPACIONAL:									
<input type="checkbox"/> SIM								<input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR)	
07. INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:									
ESPECIALIDADE:									
RESUMO CLÍNICO:									
<i>Homem que caiu de cima de um poste de madeira.</i>									
EXAME FÍSICO:									
<i>Esconderijo que caiu de cima de cima de um poste de madeira.</i>									
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):									
<i>Exames complementares: estavam em processo de realização.</i>									
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):									
<i>Exames complementares: estavam em processo de realização.</i>									
DIAGNÓSTICO:									
<i>Acidente de trabalho, ferimento.</i>									
PROVÁVEL:		<i>Acidente de trabalho, ferimento.</i>		DEFINITIVO:					
08. DO (A) PACIENTE:									
REMOVIDO (A) PARA:									
INTERNADO NO (A):									
<input type="checkbox"/> ALTA		<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO		<input type="checkbox"/> SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO: QUANTOS DIAS?					
DATA:		RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE		CARIMBO E ASSINATURA					
DIA	MÊS	ANO							

RECEBIDO

Dra. Mariana Rodrigues  
MCRM-RR 1401

14112155

Car: 2130

- Minas Gerais

PA: 120 x 90

- Espuma 25 - 50

SPCIR PA 30 5905 nenhuma

separador - 10

Medica GPN RJ 140

Medica GPN RJ 140

Caderno em parafuso

to Ep: falso e

coturno discreto

Confere  
com original

Jonethas C. Lopes  
Assessor Técnico  
Setor de Controle de Qualidade

05.370.016/0001-00

HOSPITAL REGIONAL SUL

Governador Ottoni de Souza Pinto

B: 174 - Km 488

CEP: 69.370-970

NEGRÃOPOlis

RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA—SUS:  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA



01 DADOS DO (A) PACIENTE:	DATA DE ATENDIMENTO → 14/12/2015 20:40				NÚMERO DE REGISTRO 0gash
Nome: <i>Seba Correia de Melo</i>					SEXO: M( ) / F( )
DATA: Dia	Mês	Ano	Ident.	Documento de identificação	CPF
NASC: 18/05/1982	339	3399081-0			
End: Rua: Avendida	Bairro: <i>Aluguel Dr. Jandara</i>				Nº: <i>100</i>
Bairro:	Município:	Estado: <i>RR</i>			Complemento:
PAI:	<i>Correia Correia</i>				
MÃE:	<i>Correia Correia</i>				

02 DO ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> TRABALHO	<input type="checkbox"/> TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)
03 DA ENTRADA NA EMERGÊNCIA:	<input type="checkbox"/> TRANSPORTADO	<input type="checkbox"/> DE AMBULÂNCIA	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)	
04 TIPO DE ACIDENTE:	<input type="checkbox"/> TRÂUMATICO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE-ELETRICO	<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)
Outros (descrever):	<i>66-878 000-0661 3502</i>				

TEMP: *36,8* PESO / Kg: *60* PA: *160 X 120* m.m.Hg.

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:	<i>Confere com original</i>	
PROFISSÃO:		
DIA	MES	ANO
14	12	2015
HORA:		
18:40		
RESERVAÇÕES		
<b>05.370.016/0001-00</b>		

06 DOENÇA OCUPACIONAL:	HOSPITAL REGIONAL SUL	
SIM:	GOVERNO DO ESTADO DE SÓUSA PINTO	
ESPECIALIDADE:	BI-174 - Km 468	
RESUMO CLÍNICO:	CEP: 69.370-970	

EXAME FÍSICO:	RORAINÓPOLIS - RR	
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):	<i>Exames em Rorainópolis e</i>	

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO:	<i>Exame de urina e sangue</i>	
PROVÁVEL:	<i>Exames em Rorainópolis e</i>	
DEFINITIVO:	<i>Exames em Rorainópolis e</i>	

08 DO (A) PACIENTE:		
REMOVIDO (A) PARA:		
INTERNADO NO (A):		

<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO	<input type="checkbox"/> SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO: QUANTOS DIAS?	
DATA:		RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO (A) PACIENTE	
DIA	MES	ANO	CARIMBO E ASSINATURA
			<i>Dr. Azevedo Rodrigues</i> Médico CRM-RR 1401

RECEBIDO

1412145

6:21:30

## Información - Informe

PA: 120 x 90

### Figure 23 - 84

RECAR PÁS 50' APÓS RECINTAÇÃO

جعفر بن محبث - ۱۵

~~Followed~~ see ~~Followed~~ file

to Es: hawke e/

*Cotula* *discreta*

Confere  
com original

**05.370.016/0001-00**  
**HOSPITAL REGIONAL SUL**  
**Governador Ottoni Mar de Sá Pinto**  
**Br. 174 - Km 468**  
**CEP: 69.370-970**  
**PROVINÓPOLIS** - RR

Information Classification: **CONFIDENTIAL**

25 SEI. 2017

RECEBIDO

# MEDICINA E ULTRASSONOGRAFIA

Nome completo:	Sara Carreiro Dingli	Sexo:	Feminina
Data de nascimento:	18/05/1982	Idade:	33 anos
Indicação do exame:	Lesão muscular pós trauma	Data:	1/12/16

## ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES DE PERNAS ESQUERDA

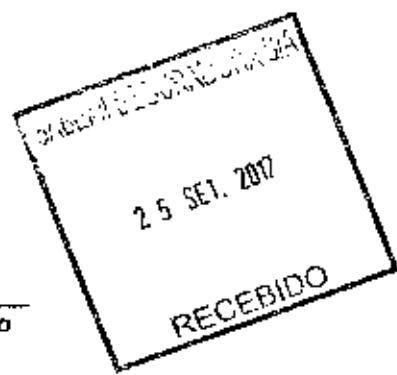
Exame realizado com equipamento Multi-frequencial Linear 7L4s.

Realizado cortes transversais e longitudinais em toda extensão da perna. Identificado aumento da ecogenicidade do tecido subcutâneo e muscular adjacente ao terço médio da perna, com presença de pequenas imagens arredondadas, anecogênicas e com formação de reforço acústico posterior, localizadas em tecido subcutâneo em proximidade com o tecido muscular, sendo a maior com aproximadamente 0,14cm<sup>3</sup> (0,93 x 0,36 x 0,82cm). Nota-se presença de ruptura transfixante muscular do gastrocnêmio medial, em sua porção distal, na zona de transição miotendinea.

### CONCLUSÃO: Correlação clínico-ecográfica sugestiva de:

- Processo inflamatório em tecido celular subcutâneo associado a miosite local.
- Pequenas imagens císticas em tecido celular subcutâneo podendo corresponder a hematomas.
- Ruptura transfixante do gastrocnêmio medial em sua porção distal.

Marcia V. Coelho  
CRM-RR 994



Roger M. Caleffi  
CRM-RR 1483

# MEDICINA E ULTRASSONOGRAFIA

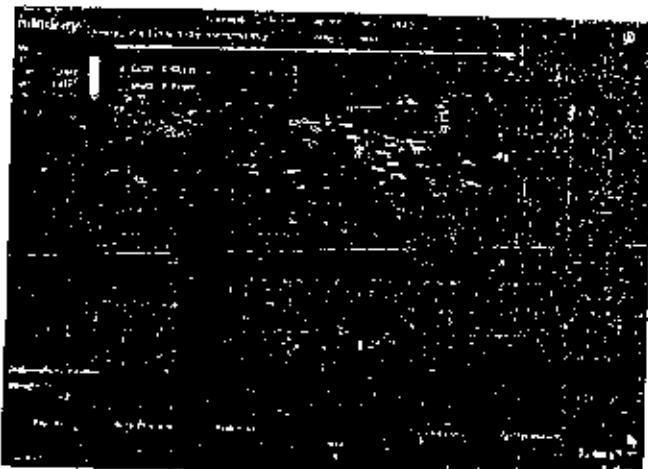
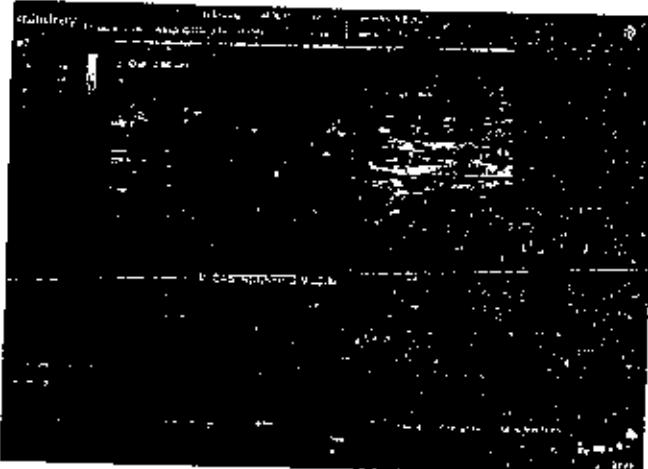
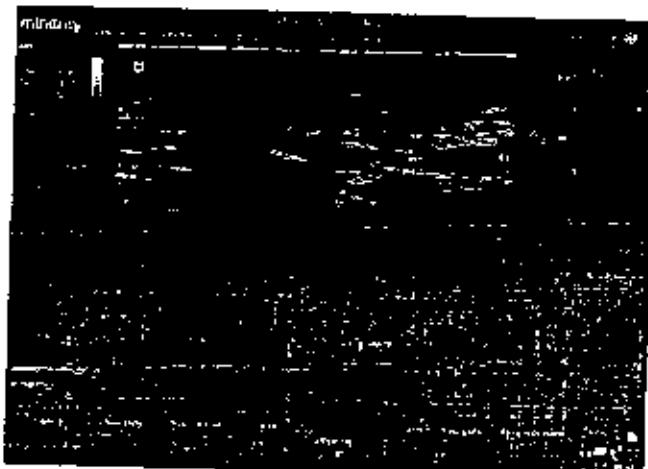
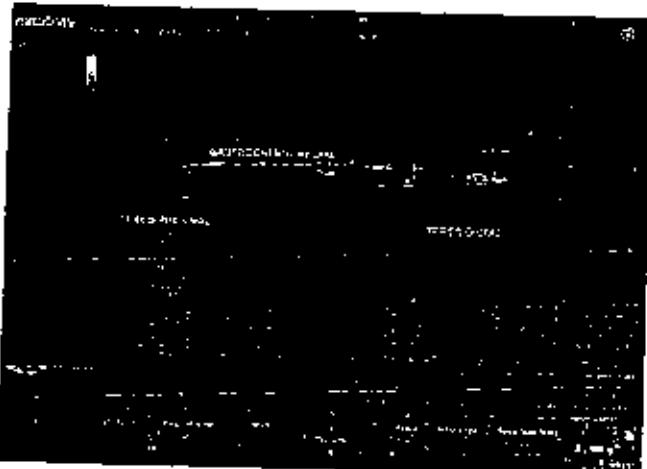
Rua Jose Coelho, nº 72  
Bairro Centro  
Telefone:  
Fax:  
Endereço Web:

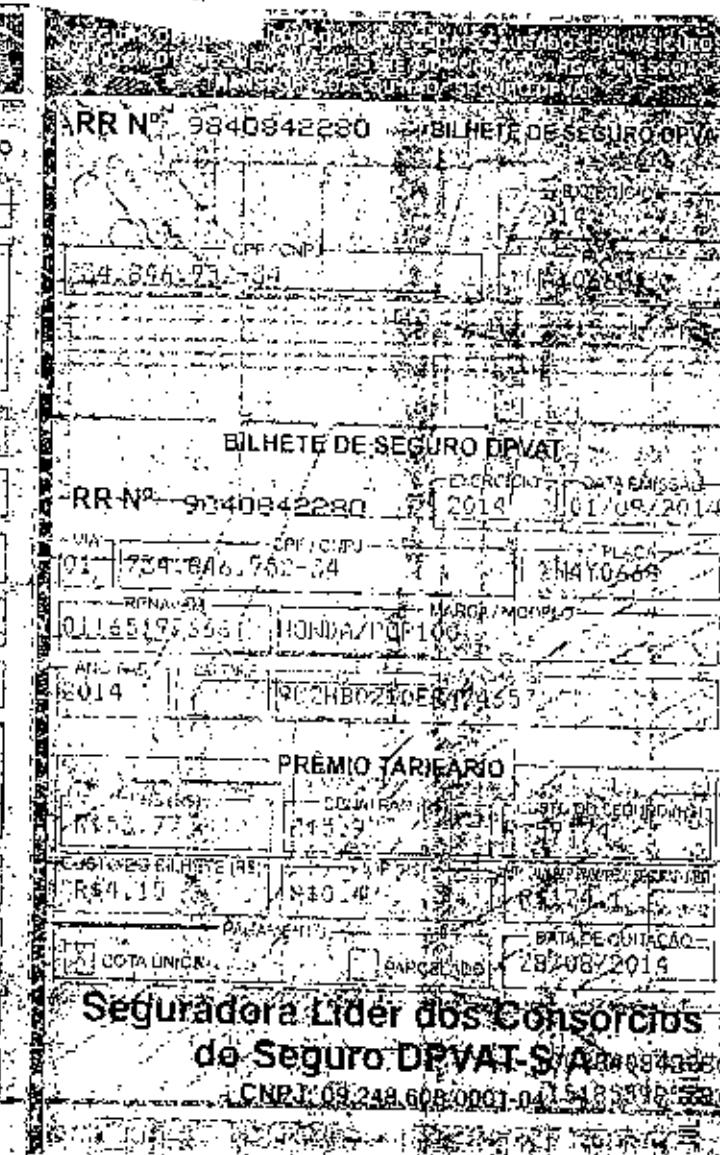
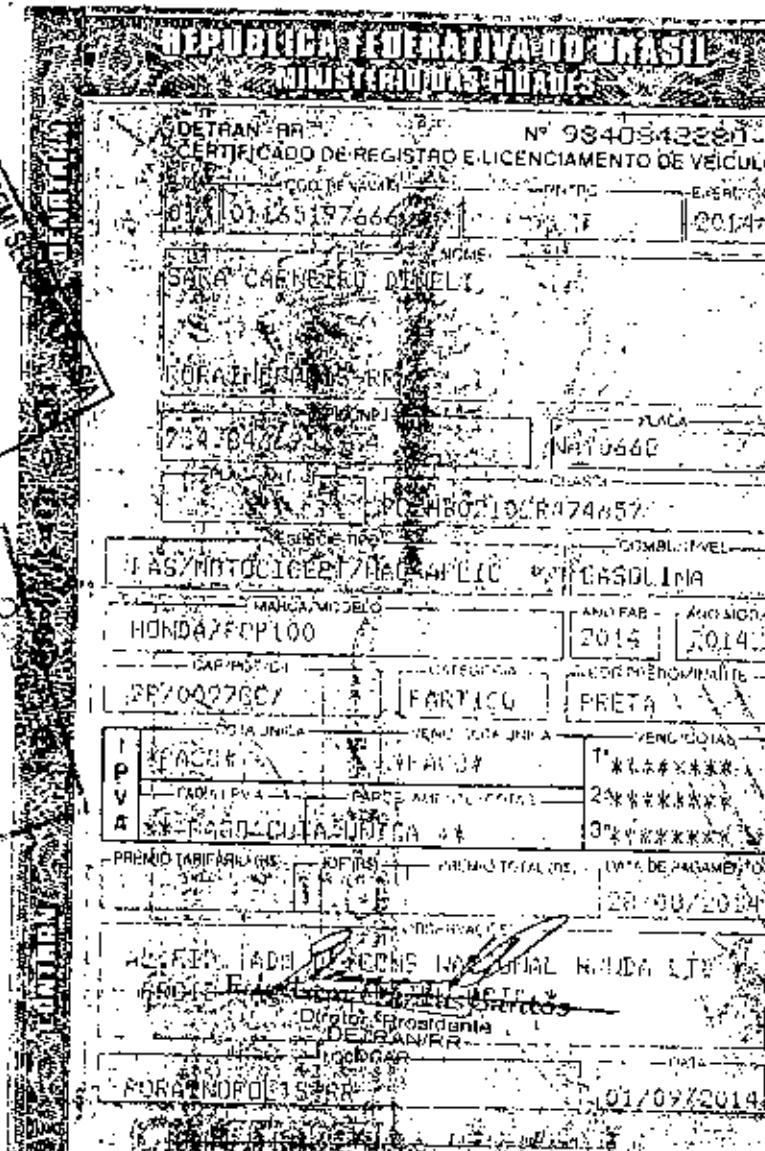
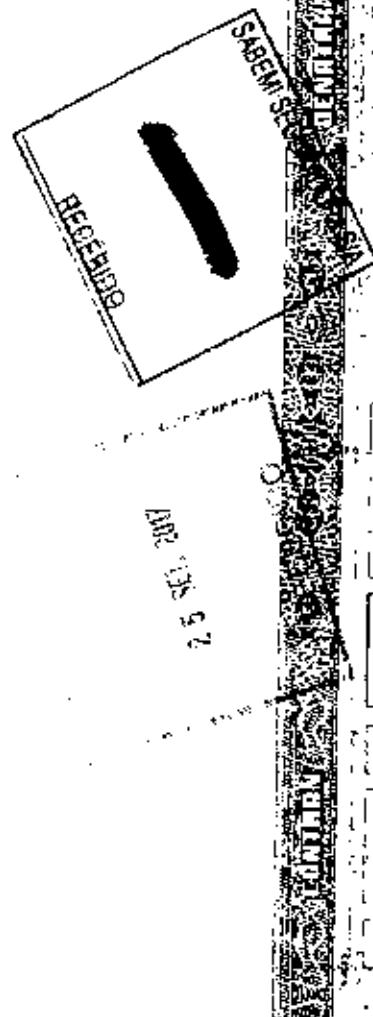
Nome:CARNEIRO DINELLSARA  
ID:20160112 090051 9902  
DOB:18/05/1982 Idd:33Anos  
Sexo:Femin.

MSK  
Dt exame:12/01/2016  
Equipamento usado:MINDRAY M7  
Oper:Admin

## Musculoskeletal Ultrasound Report - 1 / 2 Pág

### Imagem ultra-som





Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT-S/A

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta n°: 11892270

A/C: SARA CARNEIRO DINELI

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170522782 ASL-0372850/17**

**Vitima: SARA CARNEIRO DINELI**

**Data Acidente: 14/12/2015**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **01/11/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº: 11750444

A/C: SARA CARNEIRO DINELI

**Sinistro:** 3170522782 ASL-0372850/17  
**Vítima:** SARA CARNEIRO DINELI  
**Data Acidente:** 14/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de:** **SARA CARNEIRO DINELI**

**Nº Sinistro:** **3170522782**

**Vitima:** **SARA CARNEIRO DINELI**

**Data do Acidente:** **14/12/2015**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170522782**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **14/12/2015**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **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**