

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
Valoração 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

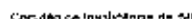
CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Anna Carolina Diniz

PORTADOR(A) DO RG Nº 339887-0

EXPEDIDO POR *SSP/RA*

EM 2011212015E

CPF 234946952-34 (CNPJ)

E RENDA MENSAL DE R\$ Recebu () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Dono Conhecimento Damieli 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 aparecem 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 Lotéricas 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, com documento de 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 SISPYPAT 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 00 Nª da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3994-2 Nª da CONTA (com dígito, se existir) 7.944-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA ISOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, 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 ACIMA MENCIONADA E DE MINHA PROPRIEDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CREDITO DA INDENIZACAO, DE ACORDO COM AS INFORMACOES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZACAO.

Práimópolis, 22 de Abril RECEB. de 2016

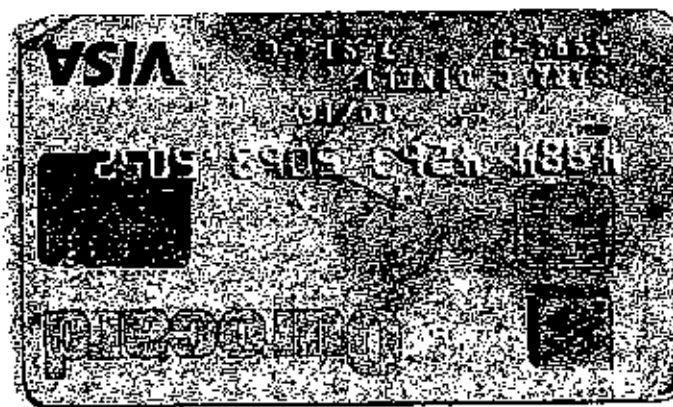
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos 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 0800-0211204.

RECEBIDO
25 SET. 2007
SABEM SEGURADORA S/A

RECEBIDO
SABEM SEGURADORA S/A



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 ALENCAR Q.11 LOTE 03 Nº. 4042

BAIRRO: CAMPOLANDIA CIDADE: RORAINÓPOLIS

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 DESIQUILIBRIO E A QUEDA, A COMUNICANTE FORA LEVADA AO HOSPITAL GOVERNADOR 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 MÚLTIPLAS.

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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO

- ROP/PM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

Conferente / Recebedor

23 MAR. 2016

AGENTE DE POLÍCIA

Agente de Polícia Civil
Nº 4300207

31 MAI 2016

RECEBIDO

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 60 /2016 - Boa Vista-RR, em 14/12/2016.

COMUNICANTE: SARÁ CARNEIRO DINÉLI

RG: 339887-0 O. EXP.: RR CPF: 734.848.952-3

ENDEREÇO: RUA JOSÉ DE ALENCAR Q.11 LOTE 03 Nº. 4042

BAIRRO: CAMPOLÂNDIA CIDADE: RORAINÓPOLIS

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:

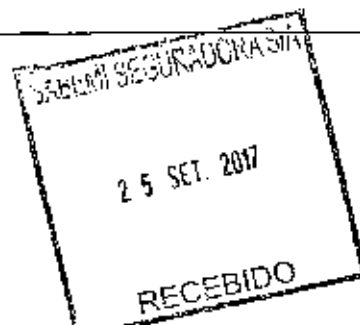
A COMUNICANTE SEGUIA NA AVENIDA TANCREDO NEVES NO BAIRRO SUELÂNDIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA POP 100, DE PLACA NAY 0668 DE COR PRETA ANO 2014, CHASSI 9C2HB0210ER4757, DE PROPRIEDADE DE SARÁ CARNEIRO DINÉLI, QUANDO SEGUINDO NA AVENIDA TANCREDO NEVES UM CAMINHÃO ATRAVESSOU COLINDO NA TRASEIRA DA MOTO DA COMUNICANTE LEVANDO-A AO DESIQUILIBRIO E A QUEDA, A COMUNICANTE FORA LEVADA AO HOSPITAL GOVERNADOR 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 MÚLTIPLAS.

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-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."



**DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUÁRIO MÉDICO

- ROPIM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

DAT
Conferente / Recebedor

23 MAR 2016

AGENTE DE POLÍCIA

Adriano Carlos de Sousa Filho
Agente de Polícia Civil
RG: 43902107

RECEBIDO



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



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

01 DADOS DO(A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO →		DIA	MÊS	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
Nome: Sra Carmem de Neli		10/12/2015		10	12	2015	20:40	Ogosh
DATA NASC		Dia		Mês	Ano	Idade		SEXO: M() / F()
18/05/1982		18		05	1982	33a		F
End: Rua/Avenida		Documentos e Identificação		C.P.F.				
339 339 9887-0								
Bairro: Quilômetro Dr. Landara		Município		Estado(UF)		Complemento:		
Parque		Rorainópolis RR		RR				
PAI		MÃE						
Carmem de Neli		Zeni Carmem de Neli						

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"/> TRAUMÁTICO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO	<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO
<input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)	
Outros (descrever): Sub: 898 000 0664 3302	

TEMP: 36,5	PESO / Kg: 60	PA: 160 X 120	m.m.Hg.
------------	---------------	---------------	---------

05 SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:	
PROFISSÃO:	Confere com original
DIA	MÊS
ANO	HORA
OBSERVAÇÕES	
05.370.016/0001-00	
HOSPITAL REGIONAL SUL	
GOV. JANGUETOMAR DE SOUSA PINTO	
BI 174 - Km 468	
CEP: 69.370-970	
RORAINÓPOLIS - RR	
06 DOENÇA OCUPACIONAL:	
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR)

07 INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:	
ESPECIALIDADE:	
RESUMO CLÍNICO:	

Don. em. em. Brio e e. me. e. após consumo de medicamento.

EXAME FÍSICO: Esconder em. em. Brio e, me. e. me. e. me. e.

EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO): exames em. em. em. em. em. e.

RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):

DIAGNÓSTICO: 2x do em. Brio e, me. e.

PROVÁVEL: 10/12/2015 + exames (10/12/2015)

DEFINITIVO:

08 DO(A) PACIENTE:

REMOVIDO (A) PARA:

INTERNADO NO (A):

ALTA: ☐ RESIDÊNCIA COM INSTRUMENTAÇÃO: ☐ SE AFASTADO POR ACIDENTE DO TRABALHO: QUANTOS DIAS? ☐

DATA	RESPONSÁVEL PELA IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE	CARIMBO E ASSINATURA
DIA	MÊS	ANO

Dr. Mariana Rodrigues
Médica CRM-RR 1401

14112155

- MENSURA - 12 KENDO

- CASACOM 25 - SL

RECEITA PA 30 DIAS MEDICADO

EXAME LABORATORIAL - 12

Medica. Dr. R. M. R. 1401

Exames em pontos fixos

to Ex: flacidez e
cabeça discreta

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 488
CEP: 69.370-970
JOIÃOÓPOLIS - RR

Jonathas C. Lopes
Med. e Traumatologia
R. 174 - 1422



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



GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGENCIA

01. DADOS DO(A) PACIENTE:		DATA DE ATENDIMENTO =		DIA	MES	ANO	HORA	NÚMERO DE REGISTRO
Nome: <u>Sra Carmelo de meli</u>		<u>14</u>		<u>12</u>	<u>2015</u>	<u>20:40</u>		<u>09ash</u>
DATA NASC	DIA	MES	ANO	Idade	Documento de identificação		CPF	SEXO: M() F()
<u>18</u>	<u>05</u>	<u>1982</u>	<u>33a</u>	<u>3399887-0</u>				
End: Rua/Av/Av		Número		Complemento				
<u>Av. Dr. Landara</u>								
Bairro	Município	Estado (UE)						
<u>Pantuf</u>	<u>Rorainópolis</u>	<u>RR</u>						
PAI	<u>Benício Damião Denei</u>							
MÃE	<u>Emo Constantino Denei</u>							
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"/> TRAUMÁTICO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA <input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> OUTROS (DESCREVER)								
Outros (descrever): <u>SUB: 878 000 0664 3502</u>								
TEMP:	PESO / Kg:		PA		mmHg			
			<u>160 X 120</u>					
05. SE ACIDENTE DO TRABALHO ESPECIFICAR:								
Profissão: <u>Confere com original</u> DIA: <u>05</u> MES: <u>370</u> ANO: <u>016/0001-00</u> OBSERVAÇÕES:								
06. DOENÇA OCUPACIONAL:								
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> QUAL (ESPECIFICAR):								
Bt. 1/4 - Km 468 CEP: 69.370-970 RORAINÓPOLIS - RR								
07. INFORMAÇÕES DE RESPONSABILIDADE MÉDICA:								
ESPECIALIDADE: <u>RORAINÓPOLIS - RR</u>								
RESUMO CLÍNICO:								
<u>Don com ombro e a mte. após queda de mox como</u>								
EXAME FÍSICO:								
<u>Esquerda com ombro e mte e mte. não d.</u>								
EXAME COMPLEMENTARES SOLICITADOS (RESULTADO NO VERSO):								
<u>exams em qstionamento</u>								
RESULTADO DE OUTRAS UNIDADES (RESULTADO NO VERSO):								
<u>Ex do ombro e pernas e</u>								
DIAGNÓSTICO:								
<u>Lesão no ombro e pernas</u>								
PROVÁVEL:								
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	MES	ANO				<u>Dr. A. J. A. Rodrigues</u> Médico CRM-RR 1401		

RECEBIDO

14112133

- MARIANA - 10 ANOS

- CASOPHAN 25 - SL

- RECIBIR PA 50' APÓS NUTRICÃO

- NUTRICÃO - 10'

~~21.00~~

CA: 21 30
PA: 120 x 90

1091 1091 1091
MEDICAL 1091 1091 1091

Indoção em pastilha
to Ex: flácido e
cabeça discreta

Confere
com original

05.370.016/0001-00
HOSPITAL REGIONAL SUL
GOVERNADOR OTTONAR DE SOUSA PINTO
Br 174 - Km 468
CEP: 69.370-970
TROMBINÓPOLIS RR

Dr. Alineths C. Lopes
Médico de Transfusão
CRM 1432

25 SET. 2007
RECEBIDO

MEDICINA E ULTRASSONOGRAFIA

Nome completo: Sara Carneiro Dinoff

Sexo: Feminino

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 PERNA ESQUERDA

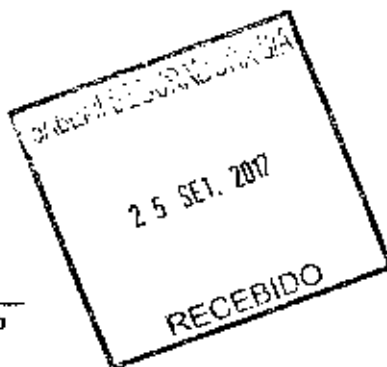
Exame realizado com equipamento Multi-frequencial Linear 7L4s.

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 0,14cm³ (0,93 x 0,36 x 0,82cm). Nota-se presença de ruptura transixante muscular do gastrocnêmio medial, em sua porção distal, na zona de transição miotendínea.

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 transixante do gastrocnêmio medial em sua porção distal.

Marcos V. Coelho
CRM-RR 994



Roger M. Catelli
CRM-RR 1483

MEDICINA E ULTRASSONOGRAFIA

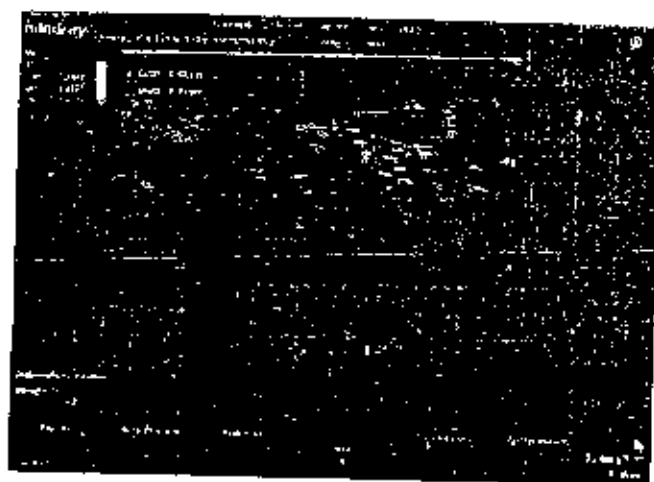
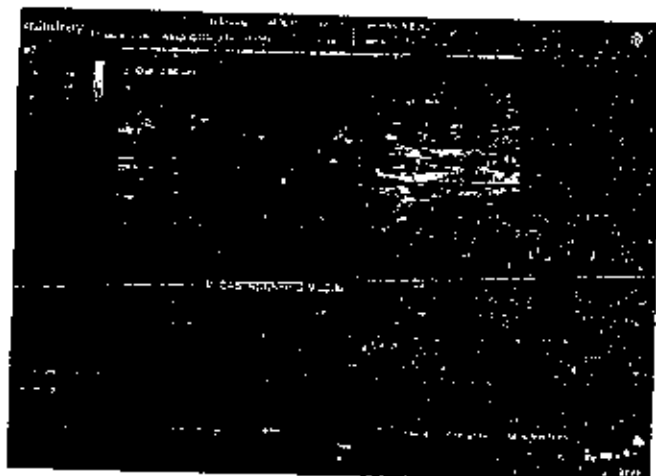
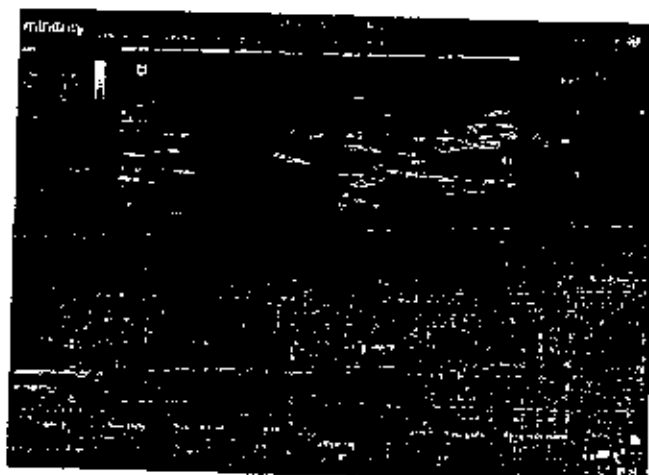
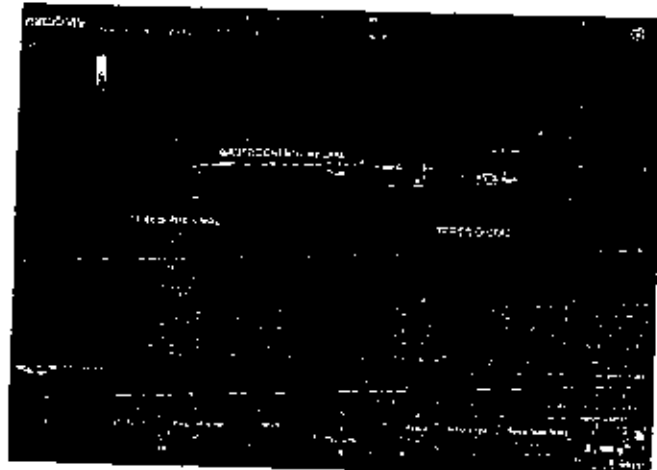
Rua Jose Coelho, nº 72
Bairro Centro
Telefone:
Fax:
Endereço Web:

Nome: CARNEIRO DINEUSARA
ID: 20160112 090053 9812
DOB: 18/05/1982 Idade: 35 Anos
Sexo: Feminino

MSK
DI exame: 12/01/2016
Equipamento usado: MINIDRAY M7
Oper: Admin

Musculoskeletal Ultrasound Report - 1 / 2 Pág

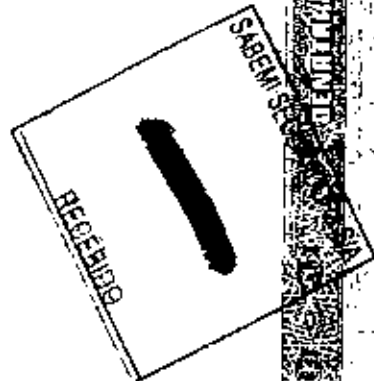
Imagem ultra-son





0007

Exemplar de Matrícula



ANEXOS 125 5 2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - RR Nº 9340842280
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

01 0165197666 2014

SANA CARNEIRO DINELI

03484723

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

RR Nº 9340842280 BILHETE DE SEGURO DPVAT

01 0165197666 2014

SANA CARNEIRO DINELI

03484723

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

01/09/2014

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ 09.248.608/0001-04

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2017

Carta nº: 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.

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.

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, 02 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SARA CARNEIRO DINELI**

Nº Sinistro: **3170522782**

Vítima: **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

