



---

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10225317

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742797 ASL-1199905/16**

**Vitima: ITALO ANDRADE BARBOSA**

**Data Acidente: 11/10/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **16/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível
- Documentação médico-hospitalar 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10225573

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160742797 ASL-1199905/16

**Vitima:** ITALO ANDRADE BARBOSA

**Data Acidente:** 11/10/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10360491

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742797 ASL-1199905/16**

**Vitima: ITALO ANDRADE BARBOSA**

**Data Acidente: 11/10/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **12/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta nº: 10599113

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160742797 ASL-1199905/16**

**Vitima: ITALO ANDRADE BARBOSA**

**Data Acidente: 11/10/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **21/02/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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, 10 de Abril de 2017

Carta nº: 10806220

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro:** 3160742797 ASL-1199905/16  
**Vítima:** ITALO ANDRADE BARBOSA  
**Data Acidente:** 11/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA

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, 20 de Abril de 2017

Carta n°: 10861610

A/C: ITALO ANDRADE BARBOSA

**Sinistro:** 3160742797 ASL-1199905/16  
**Vitima:** ITALO ANDRADE BARBOSA  
**Data Acidente:** 11/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RITA MARIA DA CONCEICAO BARBOSA

**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: ITALO ANDRADE BARBOSA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000000036-1**

**Conta: 0000066167-8**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

# 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: 13/04/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO ANDRADE BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 00000066167-8

---

Nr. da Autenticação 855859D8662EA971

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160742797  
**Vítima:** ITALO ANDRADE BARBOSA

**Cidade:** Mossoró  
**Data do acidente:** 11/10/2016

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 03/03/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** NÃO INFORMADO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** RELATORIO DE TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160742797

**Cidade:** Mossoró

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ITALO ANDRADE BARBOSA

**Data do acidente:** 11/10/2016

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do osso navicular em pé direito.

**Descrição do exame** Apresenta limitação funcional leve em pé direito, sem deformidade óssea, presençaa de cicatriz em região anterior do pé direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento conservador com analgésicos e imobilização, recebendo alta (Imobilização com tala por 50 dias, realizou fisioterapia, evoluindo bem).

**Sequelas permanentes:** Limitação na fixação do pé direito no chão e inversão.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/04/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Apresenta limitação funcional leve dos movimentos do pé direito.

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** LAERTE FELIX DE MATTOS

**CRM do médico:** 52.34636-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160742797      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ITALO ANDRADE BARBOSA      **Data do acidente:** 11/10/2016      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/04/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** NÃO IDENTIFICADO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA

## 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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

