

---

Rio de Janeiro, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180120745**  
Vitima: **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**  
Data do Acidente: **01/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANTONIA POLIANA FERNANDES DA SILVA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180120745**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 16 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3180120745**  
Vitima: **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**  
Data do Acidente: **01/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ANTONIA POLIANA FERNANDES DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180120745**.

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, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**

**Sinistro:** **3180120745**

**Vítima:** **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**

**Data do Acidente:** **01/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **ANTONIA POLIANA FERNANDES DA SILVA**

**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 3180120745** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 25 de Abril de 2018

Carta n°: 12707083

A/C: JOAO MARIA GALVAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180120745  
Vitima: JOAO MARIA GALVAO DA SILVA  
Data do Acidente: 01/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIA POLIANA FERNANDES DA SILVA

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: JOAO MARIA GALVAO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003064

Conta: 000004192-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

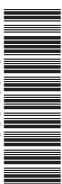
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

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: 18/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO MARIA GALVAO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03064

CONTA: 00000004192-0

---

Nr. da Autenticação F2D8F10E7C15117D

**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: **3180120745**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO MARIA GALVAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA NICE DANTAS DE AZEVEDO nº 14 - ABOLIÇÃO - MOSSORÓ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data e local do acidente: **01/11/2017 MOSSORÓ/RN**

Data e local do exame: **16/04/2018 MOSSORÓ/RN**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE CALCANEURO ESQUERDO**

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

**PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPEDICA DIA 01/02/2018 COM ALTA DIA 02/02/2018**

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

**DOR A PALPAÇÃO DE CALCANEURO + DOR A DEAMBULAÇÃO COM DIFICULDADE PARA APOIAR/DEAMBULAR COM Perna ESQUERDA**

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:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO**

**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): **PÉ ESQUERDO**

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 DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN**

*Dr. Tarcísio Bessa C. Filho  
MÉDICO  
CRM/RN 7629*

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

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180120745      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA GALVAO DA SILVA      **Data do acidente:** 01/11/2017      **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE SUBMETIDO A CIRURGIA ORTOPÉDICA DIA 01/02/2018 COM ALTA DIA 02/02/2018.  
DOR A PALPAÇÃO DE CALCÂNEO + DOR A DEAMBULAÇÃO COM DIFÍCULDADE PARA APOIAR/DEAMBULAR COM PERNA ESQUERDA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

**CRM do médico:** 7629

**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

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180120745      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA GALVAO DA SILVA      **Data do acidente:** 01/11/2017      **Seguradora:** FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S.A.

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

**Data da análise:** 04/04/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCANEOS ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU 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:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".