

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.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

Carta nº 12526538



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

Carta nº 12526539



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.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, 25 de Abril de 2018

Carta nº: 12707083

A/C: JOAO MARIA GALVAO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180120745
Vítima: 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.

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: 000000004192-0

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 - MOSSORO/RN**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:
Data e local do acidente: **01/11/2017 MOSSORO/RN**
Data e local do exame: **16/04/2018 MOSSORO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE CALCANEIO 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 CALCANEIO + 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


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 DIFICULDADE 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

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CALCANEIO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI 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: