

---

**Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094373**

**Vítima: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094373**

**Vítima: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094373**

**Vítima: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190094373

Vítima: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL SABINO DE SIQUEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 00000041975-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: DANIEL SABINO DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000041975-2

---

Nr. da Autenticação D6B015B9D2B092BE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL SABINO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/02/2019

**Conduta mantida:**

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094373

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DANIEL SABINO DE SIQUEIRA

**Data do acidente:** 18/08/2018

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA.  
DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/02/2019

**Conduta mantida:**

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL SABINO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA COM LATERALIDADE NÃO DEFINIDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO; EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL SABINO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 18/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL SABINO DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 18/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA E FÍBULA ESQUERDAS.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157, Mangabeira, João Pessoa-Paraíba.  
(83) 98663-4900/ (83) 98660-2858

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Daniel Sabino de Siqueira  
Estado Civil: solteiro Profissão: agricultor  
Identidade nº 9.481.873 CPF: 335.679.014-09  
Endereço: Proj. Janda G/N Qd. 21 27-04  
Cidade: João Pessoa CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone/Whatsapp: 83-98663-4900

**OUTORGADO(S):** JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA, OAB/PB 17295, com escritório profissional sito a Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, n.º 157, Sala Mangabeira II, João Pessoa/PB, CEP: 58056-384, e-mail: duarteesilvaadvogados@outlook.com

**PODERES:** Para Daniel Sabino de Siqueira requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

**CARTÓRIO**  
**VIEIRA BATISTA**

João Pessoa/PB, 17 janeiro 2019

Daniel Sabino de Siqueira

**OUTORGANTE**

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bla. Admundo Vieira Batista - Tabelão / Bla. Rosângela Vieira Batista - Substituta  
Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157 - Mangabeira II - João Pessoa - Paraíba - CEP: 58056-384 - Fone/Fax: 3334-8888 / 3334-8889

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: Daniel Sabino de Siqueira

Em test. da verdade, João Pessoa-PB 17/01/2019 15:31:53

ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA

[2019-002777]EJOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 1,98 ISS:R\$ 5,00

SELO DIGITAL: AIA83882-IYFD

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tiob.us.br>



**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.**

Número do Sinistro: **3190094373**

Nome do(a) Examinado(a): **DANIEL SABINO DE SIQUEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R PROJETADA, SN - CONJ ASPON - João Pessoa - PB - CEP 58074-730**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **9481871**

Data e local do acidente: [ **18/08/2018** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **25/02/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA.**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do tornozelo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB