

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERTO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180222194**

Vitima: **GILBERTO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **13/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180222194**.

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 12825019



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: GILBERTO ALVES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180222194
Vitima: GILBERTO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 13/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180222194**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência 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 12825020



Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: GILBERTO ALVES DA SILVA

Sinistro: 3180222194
Vítima: GILBERTO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 13/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

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 3180222194** 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, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERTO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180222194**

Vitima: **GILBERTO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **13/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180222194**.

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 12825019



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	045.880.524-62	GILBERTO ALVES DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
GILBERTO ALVES DA SILVA		045.880.524-62		AGRICULTOR	
Endereço		Número		Complemento	
SÍTIO CURRALINHO DO BAIXO		S/N			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
ZONA RURAL	SÃO BENTO	PARAIBA	58.865-000		
Email			Telefone (DDD)		
			(83)999746322		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
4917		10.804-7	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO		NRO.	
Nome			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

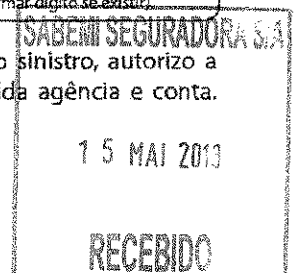
SÃO BENTO-PB, 18 de ABRIL de 2018

Local e Data

GILBERTO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



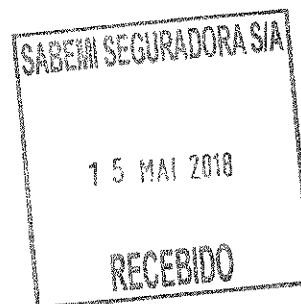
Sem título
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 09/04/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 4917 SAO BENTO DA PARAIBA OPER: 013 CONTA: 10.804-7
PERIODO: 09042018 ATE: 09042018 CPF: 045.880.524-62
NOME: GILBERTO ALVES DA SILVA VLR.BLQ.JUD. : 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
----------	------------------	---------	-----------	-----------

F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	SALDO EM 06/04/2018 R\$ 0,00
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	H9B42820 F12 FINALIZAR



**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: 3180222194
Nome do(a) Examinado(a): Gilberto Alves da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Curralinho de Baixo, S/N
Zona Rural São Bento PB CEP: 58865-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2107850
Data local do acidente: [13/03/2018]
Data local do exame: [20/07/2018] Pombal [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 13/03/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO. O MESMO FOI INTERNADO E SOLICITADO EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS E REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL NO DIA 22/03/2018 COM PLACA EM L 4.5 MM MAIS 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 2 DIAS COM USO DE TALA INGUINO MALEOLAR POR 30 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 6 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO, ALÉM DE DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA TÍBIA COM PRESENÇA DE FÍSTULA SECRETIVA E SAÍDA DE SECREÇÃO
Data da Alta: 24/03/2018

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

APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO DE FORMA MODERADA COM DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA COXA DIREITA EM 2 CM, DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA TÍBIA COM PRESENÇA DE FÍSTULA SECRETIVA E SAÍDA DE SECREÇÃO PELO LOCAL DE FORMA MODERADA, ATROFIA MUSCULAR EM REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA DE APROXIMADAMENTE 1,5 CM, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA COXA DIREITA EM 2 CM
ATROFIA MUSCULAR EM REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA EM 1,5 CM
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°.**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

JOELHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 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

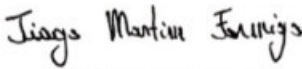
Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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: 24/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILBERTO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04917

CONTA: 000000010804-7

Nr. da Autenticação 0DD9F58FA523C70F

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180222194

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GILBERTO ALVES DA SILVA

Data do acidente: 13/03/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR EM JOELHO DIREITO (2+/4+), CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO DE FORMA MODERADA COM DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DISTAIS DA COXA DIREITA EM 2 CM, DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA TÍBIA COM PRESENÇA DE FISTULA SECRETIVA E SAÍDA DE SECREÇÃO PELO LOCAL DE FORMA MODERADA, ATROFIA MUSCULAR EM REGIÃO PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA DE APROXIMADAMENTE 1,5 CM, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM JOELHO DIREITO

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

Sequelae: Com sequela

Data da perícia: 20/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba