

---

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**



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](http://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, 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),

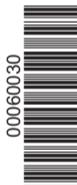
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180222194** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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.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, 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**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

045.880.524-62

Nome completo da vítima

GILBERTO ALVES DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo GILBERTO ALVES DA SILVA	CPF titular da conta 045.880.524-62	Profissão AGRICULTOR
Endereço CITIO CUNNALINHO DE BAIXO	Número 512	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade SÃO BENTO	Estado PARAIBA
Email	CEP 58.865-700	
Telefone (DDD) (83) 99974.6322		

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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.  
4917

D/V

CONTA

NRO.  
10.804-7

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Name

NRO.

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 Lider 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.

15 MAI 2018

SÃO BENTO-PB, 18 de APRIL de 2018

Local e Data

RECEBIDO

X GILBERTO ALVES DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

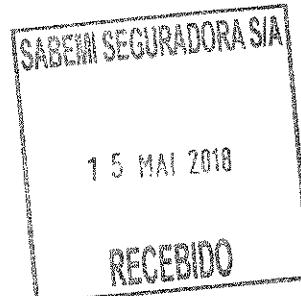
Sem título  
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 AUTO ATENDIMENTO | 09/04/2018

>>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	TAXA	VALOR	SALDO
----------	------------------	------	-------	-------

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



**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-OPERATORIOS 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, ALEM DE DOR A PALPAÇÃO EM FACE LATERAL DA TIBIA COM PRESENÇA DE FISTULA 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 TIBIA COM PRESENÇA DE FISTULA SECRETIVA E SAÍDA DE SECREÇÃO PELO LOCAL DE FORMA MODERADA, ATROFIA MUSCULAR EM REGIÃO PROXIMAL DA TIBIA DIREITA DE APROXIMADAMENTE 1,5 CM, ALEM DE DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°.

- IV. Nexo de causalidade: 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 TIBIA 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.

*Tiago Martins Formiga*

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

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

Carimbo com Nome e CRM

# 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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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:**