
Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200289784

Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO MARTINS SAMPAIO

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, contados 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, 28 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200289784

Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO

Data do Acidente: 22/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO MARTINS SAMPAIO

Informamos que o pagamento da indenização do 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 dos ombros

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: JULIO MARTINS SAMPAIO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 00000097804-9

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

443.163.723-00

Nome completo da vítima

Julio Martins Sampaio

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Julio Martins Sampaio		443.163.723-00		Autônomo	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Dom Helio Lemos		80		AP 02 / BL 04	
Bairro	Cidade	Estado		CEP	
Conduto Pamplona	Fortaleza	Ceará		60311-630	
Email				Telefone (DDD)	
				85.98513.3167	

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

- ☒ 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

Nº 1035

D/V

CONTA

Nº 80336

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

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.

Fortaleza 16 de Outubro de 2018

Local e Data

Julio Martins Sampaio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sortelos de segunda-feira a sábado, Após

261-361655047-7

18/SET/2018

HORA DE 14:08:26

LGT. 5.005763-4

TERM 018842

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 1035

CONTROLE: 261402428

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPEIRA CAIXA FACIL

NOME: JULIO MARTINS SAMPAIO

AGÊNCIA: 1035

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.336-2

DATA DA ABERTURA: 18/09/2018

LOTÉRIAS CAIXA

261-361655047-7

2ª VIA





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 2018155813

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4425 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/10/2018 13:14:19**
Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2018 19:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE VILAR**
Complemento:
Bairro: **ALDEOTA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JULIO MARTINS SAMPAIO**
Nascimento: **09/04/1962** CPF: **443.163.723-00**
RG: **99010390897** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANA MARTINS FERREIRA**
JULIO FERREIRA SAMPAIO
Endereço: **RUA DOM HÉLIO CAMPOS, 80 AP 102, BL 4, QD A**
Bairro: **CARLITO PAMPLONA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98694-7079**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXF3678** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08107R051418 Renavam: **900525495** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JULIO MARTINS SAMPAIO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA HXF-3678/CE NA RUA JOSÉ VILAR QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE FUGIA DA POLICIA AVANÇOU A PREFERÊNCIA COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.///////
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Julio Martins Sampaio

CPF da Vítima

443.163.723-00

Data do Acidente

22/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

85.98513.3167

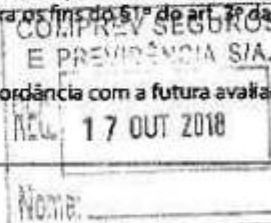
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 2º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Portaleza 16 de Outubro de 2018

Local e Data

Julio Martins Sampaio

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 21/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO MARTINS SAMPAIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000097804-9

Nr. da Autenticação AD8A90EB90277E4E

BRASIL

Serviços Barra GovBr

Dados da Reclamação**Protocolo:**

2297216/2018

Situação:

Encaminhamento automático

Via:

Internet

Reclamada:SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**Data:**

27/12/2018 15:54:11

Dados do reclamante**Segurado:**

JULIO MARTINS SAMPAIO

UF:

CEARÁ

CPF/CNPJ:

443.163.723-00

Formas de contato**E-mail:**

denuncieaki123@gmail.com

Endereço:

RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779

Bairro:

CENTRO

CEP:

60.055-090

Cidade:

FORTALEZA

**Dados da denúncia****Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180487371, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está com exigências abusivas de documentação médica. Solicitando o envio de mais documentos médicos que descreva o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007, dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial, tendo em vista que encontro-me com sequelas permanentes devido este acidente, e não estou de acordo com a negativa indevida.

O SAC da empresa foi acionado?

Sim

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),		27/12/2018 15:54:11

27/12/2018

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à

Barra GovBr



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME
JULIO MARTINS SAMPAIO



DOC. IDENTIDADE / OUT. PASSAGEIRO Nº
99010390897 SSP CE

CNPJ
443.163.723-00 DATA NASCIMENTO
09/04/1962

PRENOME
JULIO FERREIRA SAMPAIO
ANA MARTINS FERREIRA

PERMISÃO
Nº REGISTRO
06711096266

VALIDADE
18/11/2020

1ª EMISSÃO
26/09/2016

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

Julio Martins Sampaio
ASSINATURA DO PORTADOR

CIDADE
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
29/09/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
60045883469
CE161600123

CEARA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1544855061

PROIBIDO PLASTIFICAR
1544855061



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200289784 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIRETO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(ANEXO P.5 SINISTRO 3180487371)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: NÃO HÁ LAUDO DO IML NA ABA. VÍTIMA AVALIADA NA PERÍCIA MÉDICA EM 07/02/2019 SINISTRO 3180487371 DO MESMO ACIDENTE 22/06/2018,POR UM IMPEDIMENTO SISTÊMICO NÃO FOI FINALIZADO O SINISTRO.VIDE ABA OUTROS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	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: 3180487371 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL DIRETO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO MODERADA DE ROTAÇÃO INTERNA, ABDUÇÃO E DE FLEXÃO DO OMBRO

Resultados terapêuticos: RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO DA MOBILIDADE

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/02/2019

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: Denise Faro
Enviado em: quarta-feira, 12 de agosto de 2020 14:02
Para: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Assunto: ENC: AUTORIZAÇÃO 9327 - 3180487371 - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)
Anexos: JULIO MARTINS 2.pdf

Ronald, boa tarde!

Segue para cadastramento:

Sinistro cancelado por inatividade em fase de reprogramação de pagamento.

Atenciosamente,

Denise Faro

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

denise.faro@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4037



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Denise Faro

Enviada em: sexta-feira, 7 de agosto de 2020 07:59

Para: Ana Julia Pains de Oliveira <ana.oliveira@seguradoralider.com.br>; Amanda Saroldi Lobo <amanda.lobo@seguradoralider.com.br>

Assunto: ENC: AUTORIZAÇÃO 9327 - 3180487371 - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

Meninas, bom dia!

Continuo encaminhando para Ana Julia ou Saroldi?

Segue mais um caso:

Favor abrir chamando para cadastramento na dependência 9327.

Atenciosamente,

Denise Faro

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

denise.faro@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4037



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Katherine Moraes <katherine.moraes@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 6 de agosto de 2020 16:58

Para: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>; Arthur Froes <arthur.froes@seguradoralider.com.br>

Cc: Denise Faro <denise.faro@seguradoralider.com.br>

Assunto: ENC: AUTORIZAÇÃO 9327 - 3180487371 - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

De acordo.

Att,

Katherine Moraes

Gerência de Sinistros

katherine.moraes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4749



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 6 de agosto de 2020 16:36

Para: Katherine Moraes <katherine.moraes@seguradoralider.com.br>

Assunto: AUTORIZAÇÃO 9327 - 3180487371 - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

Kath,

Segue para aprovação.

Atenciosamente,

Anderson Bezerra

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

anderson.bezerra@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal: 4539



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Denise Faro <denise.faro@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 6 de agosto de 2020 12:31

Para: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>

Assunto: AUTORIZAÇÃO 9327 - 3180487371 - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

Anderson

Sinistro cancelado por inatividade em fase de reprogramação de pagamento.

Solicito autorização para recadastramento na dependência 9327.

Atenciosamente,

Denise Faro

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

denise.faro@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4037



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>

Enviada em: quinta-feira, 6 de agosto de 2020 12:09

Para: atende for2 <atendefor2@comprev.com.br>; Comprev - DPVAT <dpvat@comprev.com.br>

Cc: Rafaella Alves <apoiodpvat1@comprev.com.br>; Bruna Barreto <apoiodpvat2@comprev.com.br>; gfortaleza <gfortaleza@comprev.com.br>

Assunto: RES: Re: ERRO - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

ATENÇÃO: Estamos em HOME OFFICE. QUALQUER DÚVIDA OU INFORMAÇÃO, SOBRE ASSUNTOS OPERACIONAIS/TÉCNICOS, DEVEM SER DIRECIONADOS PARA ESTE CANAL DE ATENDIMENTO.

Pablo, boa tarde!

Solicitaremos autorização para recadastramento na dependência especial, em razão do impedimento sistêmico.

Favor aguardar nossa manifestação.

Atenciosamente,

Seguradora Líder - DPVAT

Denise Faro

denise.faro@seguradoralider.com.br

----- Mensagem Original -----

De: atende for2 [atendefor2@comprev.com.br]

Enviada em: 05/08/2020 15:24:46

Para: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br]; Daniela Fidelis [dpvat@comprev.com.br]

CC: Rafaella Alves [apoiodpvat1@comprev.com.br]; Bruna Barreto [apoiodpvat2@comprev.com.br]; gfortaleza [gfortaleza@comprev.com.br]

Assunto: Re: ERRO - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

Boa tarde,

Segue em anexo, documentação solicitada.

Atenciosamente,



Pablo Mendonça

Estagiário - Agência Fortaleza
Tel.: (85) 3035-0014 / 3036-0015
atendefor2@comprev.com.br



De: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>

Enviado: quarta-feira, 5 de agosto de 2020 14:45:43

Para: Daniela Fidelis

Cc: Rafaella Alves; Bruna Barreto; gfortaleza

Assunto: RES: ERRO - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00 - (DENISE)

ATENÇÃO: Estamos em HOME OFFICE. QUALQUER DÚVIDA OU INFORMAÇÃO, SOBRE ASSUNTOS OPERACIONAIS/TÉCNICOS, DEVEM SER DIRECIONADOS PARA ESTE CANAL DE ATENDIMENTO.

Prezados, boa tarde!

Favor encaminhar a autorização de pagamento com os dados bancários atualizados, para que possamos solicitar autorização para o cadastramento na dependência especial.

Atenciosamente,

Seguradora Líder - DPVAT

Denise Faro

denise.faro@seguradoralider.com.br

----- Mensagem Original -----

De: Daniela Fidelis [dpvat@comprev.com.br]

Enviada em: 04/08/2020 16:42:17

Para: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br]

CC: Rafaella Alves [apoiodpvat1@comprev.com.br]; Bruna Barreto [apoiodpvat2@comprev.com.br]; gfortaleza [gfortaleza@comprev.com.br]

Assunto: ERRO - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00

Prezados,

Aguardamos providencias.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090

dpvat@comprev.com.br



De: atende for2

Enviado: terça-feira, 4 de agosto de 2020 16:00

Para: Daniela Fidelis; Rafaella Alves; Bruna Barreto

Cc: gfortaleza

Assunto: ERRO SISTÊMICO - JULIO MARTINS SAMPAIO - CPF 443.163.723-00

Boa tarde, Prezados

Realizei uma tentativa de recadastrado do processo da vítima acima informada, onde, no sistema, consta como cancelado. Contudo, ao tentar recadastrar, acusa que está pago. Segue em anexo, prints da tela do sistema.

Atenciosamente,



Pablo Mendonça

Estagiário - Agência Fortaleza

Tel.: (85) 3035-0014 / 3036-0015

atendefor2@comprev.com.br



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200289784 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO **Data do acidente:** 22/06/2018 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER
DPVAT - REGULAÇÃO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIRETO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR(ANEXO P.5 SINISTRO 3180487371)
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: NÃO HÁ LAUDO DO IML NA ABA. VÍTIMA AVALIADA NA PERÍCIA MÉDICA EM 07/02/2019 SINISTRO 3180487371 DO MESMO ACIDENTE 22/06/2018,POR UM IMPEDIMENTO SISTÊMICO NÃO FOI FINALIZADO O SINISTRO.VIDE ABA OUTROS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227323/20

Vítima: JULIO MARTINS SAMPAIO

CPF: 443.163.723-00

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Data do acidente: 22/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIO MARTINS SAMPAIO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JULIO MARTINS SAMPAIO : 443.163.723-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/08/2020
Nome: JULIO MARTINS SAMPAIO
CPF: 443.163.723-00

JULIO MARTINS SAMPAIO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/08/2020
Nome: RONALD BATISTA DOS SANTOS
CPF: 112.663.647-90

RONALD BATISTA DOS SANTOS