

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**

Nº Sinistro: **3170637439**

Vitima: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170637439**.

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 12062163



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Nº Sinistro: 3170637439
Vitima: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170637439**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV 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 12062461



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**

Sinistro: **3170637439**
Vítima: **SALOMAO FREIRE DE LIMA**
Data do Acidente: **04/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

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 3170637439** 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, 19 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12264377

A/C: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Nº Sinistro: 3170637439
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

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: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000024696-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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: 651.947.484-34 Nome completo da vítima: SALOMÃO FREIRE DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>SALOMÃO FREIRE DE LIMA</u>		CPF titular da conta <u>651.947.484-34</u>	Profissão <u>Reclusa</u>
Endereço <u>Rua Celso Otávio Mourais</u>		Número <u>2818</u>	Complemento
Bairro <u>Orizzeiro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>58088-660</u>
Email		Telefone (DDD) <u>83 99825-6662</u>	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

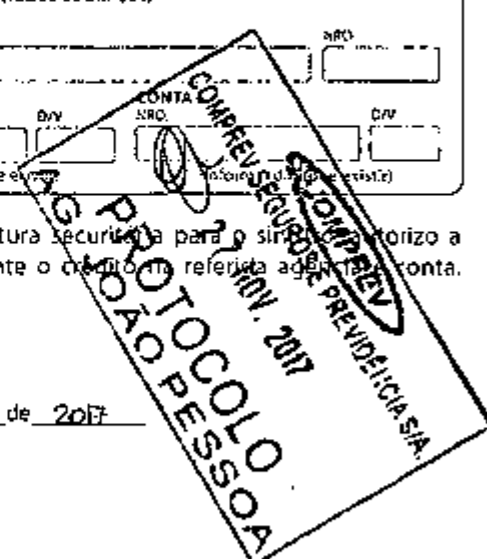
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Nome: _____	
AGÊNCIA NRO. <u>0057</u> (Informar dígito se existir)	D/V _____	AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____
CONTA NRO. <u>08013</u> <u>24696</u> (Informar dígito se existir)	D/V <u>8</u>	CONTA NRO. _____	D/V _____

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.

João Pessoa/PB, 20 de NOVEMBRO de 2017
Local e Data

Salomão Freire de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**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

Nome do(a) Examinado(a): **SALOMAO FREIRE DE LIMA** Sinistro: **3170637439** Data: **04/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Celso Otávio Novais, 2818 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-660**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **1072210**

Data local do exame: [**08/01/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO. PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFICIT DE FORÇA E MOVIMENTO NO TORNOZELO ESQUERDO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE COM HISTORIA DE FERIMENTO EXTENSO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTURA DE TENDÃO. EVOLUI COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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):
TORNOZELO ESQUERDO

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES NO PROCESSO SÃO INSUFICIENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Data do acidente: 04/08/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFICIT DE FORÇA E MOVIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO.
COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTORIA DE FERIMENTO EXTENSO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTURA DE TENDÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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

PRESTADOR

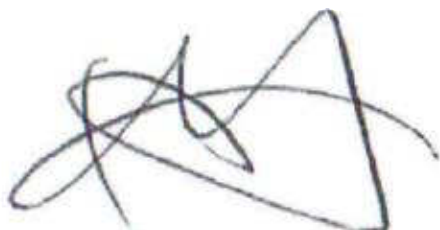
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170637439

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SALOMAO FREIRE DE LIMA

Data do acidente: 04/08/2017

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: RUTURA DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM CLAUDICAÇÃO IMPORTANTE A ESQUERDA, DEFICIT DE FORÇA E MOVIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO.
COM EXTENSA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO ANTERIOR AO NÍVEL DO TORNOZELO, COM QUELOIDE LOCAL. AUSÊNCIA DE DORSIFLEXÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, FLEXÃO DOLOROSA DO TORNOZELO E APRESENTA EDEMA TORNOZELO E PÉ ESQUERDO. PARESTESIA NO PÉ ESQUERDO E ALTERAÇÃO COR PELE (PELE ACINZENTADA). DOR CRÔNICA PÉ E TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE COM HISTORIA DE FERIMENTO EXTENSO TORNOZELO E PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE TENDÃO TIBIAL ANTERIOR, SUBMETIDO A SUTURA DE TENDÃO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

