

---

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**



---

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.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, 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.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, 19 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12264377

A/C: 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

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%

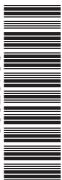
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

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 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 SALOMÃO FREIRE DE LIMA	CPF titular da conta 651.947.484-34	Profissão RECUSA
Endereço RUA CEKO OTIVIO NOVAIS	Número 2818	Complemento
Bairro OTIVIO	Cidade São Paulo	Estado SP
Email		CEP 58088-660
		Telefone (DDD) 0399825-6662

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 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	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0037 DIV. 00033 CONTA NRO. 24696 D/N 9  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ DIV. \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/N. \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

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

*Saloá Freire de Lima*  
Local e Data

*Saloá Freire de Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Autorização de pagamento

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, DEFÍCIT 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 HISTÓRIA 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 NIVEL 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 suscetível 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 NIVEL 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

(  ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- 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

% 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 HISTÓRIA DE FERIMENTO EXTEÑO 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
<b>Total</b>		<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>	

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJMAN

**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 HISTÓRIA DE FERIMENTO EXTEÑO 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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**