

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11923506

A/C: JARANILDO ALVES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170591259 ASL-0428084/17

Vítima: JARANILDO ALVES

Data Acidente: 10/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta nº: 11964289

A/C: JARANILDO ALVES

Sinistro: 3170591259 ASL-0428084/17
Vítima: JARANILDO ALVES
Data Acidente: 10/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12038122

A/C: JARANILDO ALVES

Nº Sinistro: 3170591259
Vítima: JARANILDO ALVES
Data do Acidente: 10/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

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: JARANILDO ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000005774-6

Conta: 000000597515-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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 fornecedor do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal "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").

Autorização de pagamento



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

028.317.784-50

Nome completo da vítima

Jaramildo Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jaramildo Alves		CPF titular da conta 028.317.784-50	Profissão Não informada
Endereço Rua Antonio Domingos de Freitas		Número 51N	Complemento casa
Bairro Nova Olinda	Cidade Bayo dos Santos	Estado Paraná	CEP 56880-000
Email			Telefone (DDD) 83-99936-7762

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 NRO. DV CONTA NRO. DV

(informar dígito se existir) (informar dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO NOME NRO
 Bradesco 237
 AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
 5474 6 0597515 8
(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.

Cateli da Rocha, 31 de Outubro de 2017

Local e Data

06 NOV 2017

Jaramildo Alves
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Crédito-Débito
Crediário



5067 2602 6242 2206

01/18 5774 9 6597213 5 . 02 00

JARANDI DO ALVES

elo

Cartão de Crédito

Validade: 01/18 a 12/18



Este cartão é emitido em nome de JARANDI DO ALVES e é válido para uso pessoal.
Não pode ser usado para saques em caixas eletrônicos.
Não pode ser usado para pagamentos em estabelecimentos comerciais.
Este cartão é emitido em nome de JARANDI DO ALVES e é válido para uso pessoal.
Não pode ser usado para saques em caixas eletrônicos.
Não pode ser usado para pagamentos em estabelecimentos comerciais.

Dia & Noite

Bradesco

elo

06/07/2017

MERCADINHO PROGRESSO/SEOPUS
SILVINE SOUSA DOS SA
RUA AMERICO MATA
CENTRO BRE, DOS SANTOS PB

VIA 6 00/05/2017 00:12
TECH 000001 LOJA 00000700230001

NOTE 204205
DATA 02/05/2017 HORA DE BRASILIA: 05:12

EXTRATO DE CONTA CORRENTE 400

JARANILO ALVES 00:12:00
AGENCIA 5774 CTA 0597515-8 00-MAT/2017

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL ~~2000.00~~
+ CONTA FACIL (C/C + PCLP) ~~0000.00~~
TOTAL DE RECURSOS ~~2000.00~~

LIMITES DE CREDITO
CREDITO PESSOAL ~~2000.00~~
LIMITE UTILIZADO ~~0000.00~~
LIMITE A UTILIZAR ~~0000.00~~

LIMITES DE CREDITO
CREDITO PRE-APROVADO ~~0000.00~~
FINANCIAMENTO VEICULOS ~~0000.00~~

PRE-APROVADOS VALIDOS ATÉ 26/05/2017
SUJEITO A ANALISE DE CREDITO
P/ CONTRATAÇÃO DIRIJA-SE A SUA AGENCIA

MOVIMENTACAO-CONTA FACIL-(C/C + PCLP)
MAYO 2017
DIA HISTORICO N. DOCTO VALOR
13 SALDO ANTERIOR ~~0000.00~~
S A L D O ~~0000.00~~
MAYO 2017
20 TARIFA BANCARIA 0000017 ~~0000.00~~
CESTA BANDESCO EXPRE ~~0000.00~~
TARIFA BANCARIA 0120017 ~~0000.00~~
CESTA BANDESCO EXPRE ~~0000.00~~
SALDO TOTAL ~~0000.00~~

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E REMOIMENTOS
NEVA POUPIANCA-DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12

DIA 00 SALDO EM REMOIMENTO(S)
ANIVERSARIO 02/05/2017
11 0.00 ~~0000.00~~
TOTAL ~~0000.00~~

AG. BANDESCO : 5774 - CATOLE DO RIOA
CORRESP. BANC.: 103 - MERCADINHO
PROGRESSO
NSU: 027504329659 AUTENTICACAO: 071107

OUVIDORIA BANDESCO
0800 127 5933

VJA AO CLIENTE

06/05/2017

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170591259

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JARANILDO ALVES

Data do acidente: 10/01/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), ATROFIA EM PARTE DISTAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 2 CM. APRESENTAVA TAMBÉM EXAMES RADIOGRÁFICOS COM EVIDENCIA DE AFUNDAMENTO EM PLATO LATERAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/01/2017 PARA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM L 4,5 MM MAIS 4 PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA APÓS 2 DIAS E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: em razão do prejuízo da extensão do joelho, o dano estabelecido pelo examinador (joelho) foi projetado no membro.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

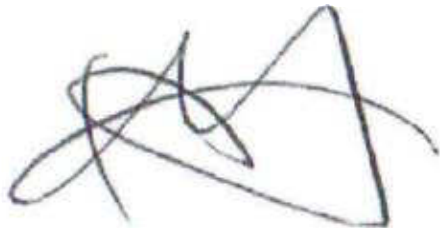
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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): **JARANILDO ALVES** Sinistro: **3170591259** Data: **10/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANTONIO DOMINGO DE FREITAS, S/N - NOVA OLINDA - Brejo dos Santos - PB - CEP 58880-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **2081241**

Data local do exame: [**24/11/2017**] **Pombal** [**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)
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO . APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), ATROFIA EM PARTE DISTAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 2 CM. APRESENTAVA TAMBÉM EXAMES RADIOGRÁFICOS COM EVIDENCIA DE AFUNDAMENTO EM PLATO LATERAL.

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 FOI ATENDIDO NO DIA 21/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/01/2017 PARA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM L 4,5 MM MAIS 4 PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA APÓS 2 DIAS E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

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.

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30° DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15° DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II AUMENTO DE VOLUME ATROFIA EM PARTE DISTAL DA COXA DE 2 CM

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):
JOELHO 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.

Tiago Martins Formiga

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170591259

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JARANILDO ALVES

Data do acidente: 10/01/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170591259

Cidade: Catolé do Rocha

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JARANILDO ALVES

Data do acidente: 10/01/2017

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO EM 30°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 15°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA GRAU II, AUMENTO DE VOLUME EM JOELHO ESQUERDO (2+/4+), ATROFIA EM PARTE DISTAL DA COXA ESQUERDA DE APROXIMADAMENTE 2 CM. APRESENTAVA TAMBÉM EXAMES RADIOGRÁFICOS COM EVIDENCIA DE AFUNDAMENTO EM PLATO LATERAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 21/01/2017 PARA A FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM L 4,5 MM MAIS 4 PARAFUSOS CORTICAIS. RECEBEU ALTA APÓS 2 DIAS E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: em razão do prejuízo da extensão do joelho, o dano estabelecido pelo examinador (joelho) foi projetado no membro.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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:

