
Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11923506

A/C: JARANILDO ALVES

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

Vitima: 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 inicio 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.

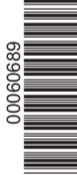
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio 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 n°: 12038122

A/C: JARANILDO ALVES

Nº Sinistro: 3170591259
Vitima: 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%

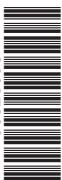
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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 fornecimento do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal assina o formulário (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").

Autorização de pagamento

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

028.317.784-50

Nome completo da vítima

Josenilde Alves

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Josenilde Alves	028.317.784-50	Não informada
Endereço	Número	Complemento
Rua Antônio Meringut de Freitas	311	casa
Bairro	Cidade	CEP
Macaíba	Baixo nos Santos	58880-000
Email		Telefone (DDD)
		63 - 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

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO 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"/> 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. DV CONTA NRO. DV
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nro. Nro. Nro.
 Bradesco 237
 AGENCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
 5474 6 0597545 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.

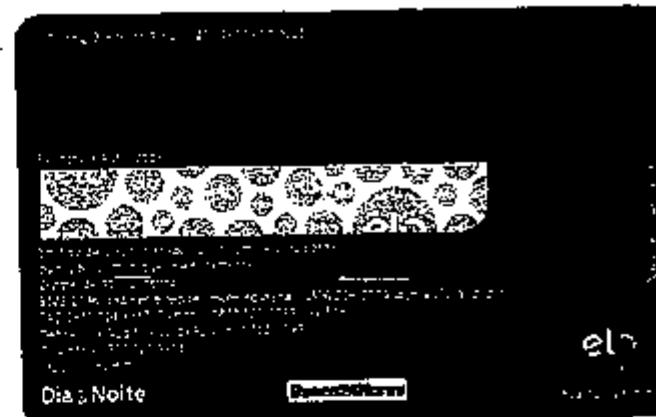
Cotia da Rocha, 31 de outubro de 2017

Local e Data

06/10/2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



06/07/2017

MERCADINHO PROGRESSO/SECURIS
SILVONE SOUSA,008 SA
RUA AMÉRICO MARIA
CENTRO BRE, DOS SANTOS PB

016.6 00-05/2017 00:12
TECM 000001 LOJA 0000076023339901

SAUDE 204235
DATA 03/05/2017 HORA DE BRASILIA 00:12

*** EXTRATO DE CONTA CORRENTE ***

JARANILDO ALVES 00:12:00
AGÊNCIA 5774 CTA 9597515-8 00-MAI-2017

DISPONIVEL
-> TOTAL DISPONIVEL 00000
-> CONTA FÁCIL (C/C + PCLP) 00000

TOTAL DE RECURSOS 00000

LIMITES DE CREDITO
CREDITO PESSOAL 00000
LIMITE UTILIZADO 00000
LIMITE A UTILIZAR 0000000

LIMITES DE CREDITO
CREDITO PRE-APROVADO 00000
FINANCIAMENTO PECUÁRIO 00000

PRÉ-APROVADOS VÁLIDOS ATÉ 26/05/2017
SUBJETO A ANÁLISE DE CREDITO
P/ CONTRATAR/NO CIRIJA-SE A SUA AGÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO-CONTA FÁCIL-(C/C + PCLP)
-----MAIO/2017-----
DIA HISTÓRICO N.00010 VALOR
13 SALDO ANTERIOR 00000
S A L D O 00000
-----MAIO/2017-----
28 TARIFA BANCÁRIA 0098347 00000
DESTA BRANDESCO EXPRE 00000
TARIFA BANCÁRIA 0128417 00000
DESTA BRANDESCO EXPRE 00000
SALDO TOTAL 00000

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS
NEVA POUPEZA-DEPÓS. A PARTIR DE 01/01/12

DIA 00 SALDO EM RENDIMENTO(S)
ANIVERSARIO 00-05-2017
11 0.00 00000
TOTAL 00000

AG. BRANDESCO : 5774 - CATOLÉ DO ROCHA
CORRESP. BANC.: 103 - MERCADINHO
PROGRESSO
NSU: 0275943296599 ATENTIVDAÇÃO: 071107

CONSIDERAR BRANDESCO
0000 127 593

VIA DO 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 CORTICIAIS. 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

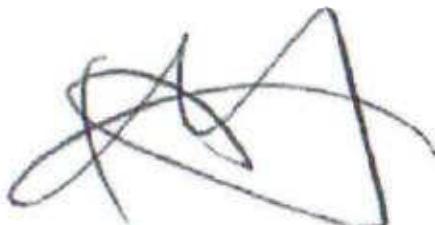
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO SZTRAJTMAN".

**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 EVIDÊNCIA 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

() "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):
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

% 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

Valorização 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

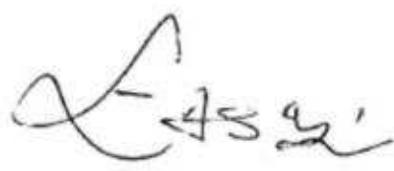
VISÃO MÉDICA LTDA

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 CORTICIAIS. 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

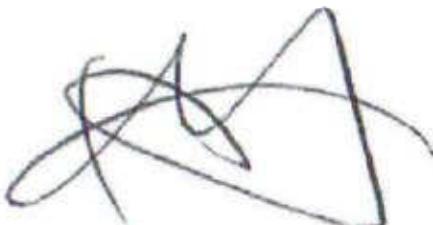
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "SILVIO SZTRAJTMAN".