

---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260028

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170357304 ASL-0247247/17

**Vitima:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Data Acidente:** 22/01/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JAQUES RAMOS WANDERLEY

**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](http://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](http://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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2017

Carta nº: 11260972

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170357304 ASL-0247247/17

**Vitima:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Data Acidente:** 22/01/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** JAQUES RAMOS WANDERLEY

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **28/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/01/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**

Nº Sinistro: **3170357304**

Vitima: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**

Data do Acidente: **22/01/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170357304**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi 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, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**

**Sinistro:** **3170357304**

**Vítima:** **LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA**

**Data do Acidente:** **22/01/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**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 3170357304** 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, 21 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12408109

A/C: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Nº Sinistro:** 3170357304  
**Vitima:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
**Data do Acidente:** 22/01/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAQUES RAMOS WANDERLEY

**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:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

**Valor:** R\$ 4.725,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000000732

**Conta:** 0000036021-1

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                         |     |          |
|-------------------------|-----|----------|
| <b>Multa:</b>           | R\$ | 0,00     |
| <b>Juros:</b>           | R\$ | 0,00     |
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | 4.725,00 |

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

**Graduação:** Em grau médio 50%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (50% de 70%) 35,00%

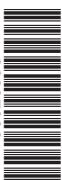
**Valor a indenizar:** 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

**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](http://www.seguradoralider.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 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<br><b>3170357304</b> | CPF da Vítima<br><b>056.014.184-03</b> | Nome completo da vítima<br><b>LINDINALDO SOANCS DE ALMEIDA</b> |
|------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                                      |                                               |                                         |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
| Nome completo<br><b>LINDINALDO SOANCS DE ALMEIDA</b> | CPF titular da conta<br><b>056.014.184-03</b> | Profissão<br><b>AGRICULTOR</b>          |
| Endereço<br><b>RUA GENALDO DE OLIVEIRA NOBREGA</b>   | Número<br><b>103</b>                          | Complemento                             |
| Bairro<br><b>PCO. PAULINO</b>                        | Cidade<br><b>POMBAL</b>                       | Estado<br><b>PARAIBA</b>                |
| Email<br><b></b>                                     | CEP<br><b>58.840-000</b>                      | Telefone (DDD)<br><b>(83) 999746322</b> |

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR               | <input type="checkbox"/> SEM RENDA                     | <input checked="" 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

**0732**

D/V

CONTA

**36021**

D/V

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Numero

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

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.

**POMBAL-PB, 12 de JANEIRO de 2018**

Local e Data

**Lindinaldo Soanz de Almeida**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG. POMBAL  
DATA: 12/01/2018 HORA: 09:20:36  
TERMINAL: 07321788 CONTROLE: 073217880107

AGÊNCIA: 0732 - POMBAL  
CONTA: 013.00036021-1  
CLIENTE: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE  
DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

| DATA  | VALOR |
|-------|-------|
| 07/01 | 0,00  |

MOVIMENTAÇÃO

| DATA | NR.DOC | HISTÓRICO      | VALOR |
|------|--------|----------------|-------|
|      |        | SALDO ANTERIOR | 0,00C |

Janeiro

|       |        |            |         |
|-------|--------|------------|---------|
| 02/01 | 639532 | CRED TEV   | 100,00C |
| 02/01 | 021618 | SAQUE ATM  | 100,00D |
| 07/01 | 000000 | REM BASICA | 0,00C   |
| 09/01 | 100195 | DP DINH AG | 150,00C |
| 09/01 | 091159 | SQ CX AQUI | 150,00D |

RESUMO EM 11/01

|       |       |
|-------|-------|
| SALDO | 0,00C |
|-------|-------|

RESUMO DO DIA

|                  |       |
|------------------|-------|
| SALDO BLOQUEADO  | 0,00  |
| SALDO DISPONIVEL | 0,00C |
| SALDO TOTAL      | 0,00C |

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
[CAIXA.GOV.BR/VOCE](http://CAIXA.GOV.BR/VOCE)

EIPX  
CAIXA-SICES

Sistema da Conta Eletronica  
Desmarca Poupanca Facil

#20

12/01/2018  
10:17:21

Agen.: 0732 Op.: 013 Conta: 000360211 Nome: LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA  
CPF: 000005601418403 NIS: 0000000000000000

Marcacao : ( )

Desmarcacao : ( X )

Efetuado por : C086182

---

Mens: MARCACAO/DESMARCACAO COM SUCESSO  
F3=Retorna F12=Fim

# 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

Sinistro: 3170357304 - 1

Nome do(a) Examinado(a): LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA GERALDO DE OLIVEIRA NOBREGA nº 103 - FCO PAULINO - POMBAL/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2151738 - SSP

Data local do exame: 03/01/2018 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 DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA

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?

SIM  NÃO

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?

SIM  NÃO

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 22/01/2017 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DOS OSSO DA PERNAS DIREITA. O MESMO FOI INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA NO DIA 08/02/2017 COM USO DE PLACA DCP 4,5 MM E 6 PARAFUSOS CORTICais. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 5 DIAS E FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA E NO MOMENTO ENCONTRASE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**EVOLUIU COM DEFORMIDADE EM ANTI CURVATO DE 10° EM TERÇO MÉDIO DISTAL DA PERNAS. AUMENTO DE VOLUME . CALO ÓSSEO EXUBERANTE. ALTERAÇÃO DA MUSCULATURA EM FACE LATERAL DA PERNAS . DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II. RIGIDEZ MODERADA DO TORNOZELO.DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 25°. RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM FACE ANTERIOR DA PERNAS.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

#### DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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)

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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 valorização do dano corporal.

#### NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - POMBAL, 03/01/2018

Médico Perito: TIAGO MARTINS FORMIGA CRM:8085/PB

Tiago Martins Forniga

Dr. Tiago Martins Forniga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170357304      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LINDINALDO SOARES DE ALMEIDA      **Data do acidente:** 22/01/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA NA Perna DIREITA

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DA TÍBIA; SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS

**Sequelas permanentes:** CLAUDICAÇÃO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 25% (PERDA FUNCIONAL LEVE)

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO INDENIZADO COM BASE EM DOCUMENTAÇÃO CONSISTENTE

## DANOS

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>                    | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                                | Em grau leve - 25 %                                         | 17,5%            | R\$ 2.362,50                 |
|                                                       |                                                     | <b>Total</b>                                                | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**