

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO LEANDRO APOLINARIO

Nº Sinistro: 3180452352

Vitima: JOAO LEANDRO APOLINARIO

Data do Acidente: 16/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TELVIA SANTIAGO GUEDES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180452352**.

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 13426310



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

289.522.276-20

Nome completo da vítima

JOÃO LEANDRO APOLINÁRIO

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

Nome completo JOÃO LEANDRO APOLINÁRIO		CPF titular da conta 289.522.276-20	Profissão AGRICULTOR
Endereço R. BENJAMIN PEREIRA MELO		Número 225	Complemento
Bairro DR. SÍLVIO BOTELHO	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.314-464
Email CONFIANCACST@HOTMAIL.COM			Telefone (DDD) (95) 98118-1200

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**

- ☒ 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 ☐ 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. 5076	D/V 8	CONTA NRO. 10203	D/V 2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____	NRO _____
AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____
CONTA NRO. _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)	

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.

BOA VISTA-RR, 17 de SETEMBRO de 2018  
Local e Data

*João Leandro Apolinário*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

27 SET 2018

*Salvina*  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180452352 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO LEANDRO APOLINARIO **Data do acidente:** 16/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO EM MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA COM FRATURA E LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** DISTÚRBIO DE MARCHA, CICATRIZES EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO PARA LATERALIZAÇÃO E DORSIFLEXÃO, COMPROMETIMENTO DA POSTURA EM PONTA DOS PÉS E ADOTAR POSTURA AGACHADA.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA SOFREU CONTUSÃO EM MEMBRO INFERIOR À ESQUERDA COM FRATURA E LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA E LUXAÇÃO EXPOSTA COM FIXADOR EXTERNO DO TORNOZELO ESQUERDO, POSTERIORMENTE REALIZADO OSTEOSÍNTESE, FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS, ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-ESTEROIDES E ANALGÉSICOS.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT FUNCIONAL EM TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 23/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** DE ACORDO COM A DESCRIÇÃO DO EXAME FÍSICO A LESÃO PROVOCADA PELO TRAUMA IMPACTOU COM LIMITAÇÃO EM GRAU MODERADO EM TORNOZELO ESQUERDO.

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50