
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



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

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. SILVIO BOTELHO	Cidade BOA VISTA	Estado RR
Email CONFIANCAEST@HOTMAIL.COM	CEP 69.314-464	Telefone (DDD) (65) 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

<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. 5016	D/V 8	CONTA NRO. 30203	D/V 2
-------------------------	----------	------------------------	----------

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

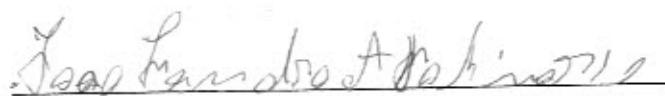
BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

 ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

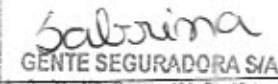
 Boa Vista-RR, 17 de SETEMBRO de 2018
 Local e Data

27 SET 2018



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Capitão João Batista, 484 - Rio 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