

---

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2017

Carta nº: 11561359

A/C: TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170460585 ASL-0325975/17

**Vitima:** TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA

**Data Acidente:** 05/03/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAISSA GARCIA DA COSTA

**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:

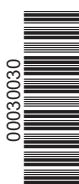
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2017

Carta n°: 11770079

A/C: TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3170460585 ASL-0325975/17  
**Vitima:** TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA  
**Data Acidente:** 05/03/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAISSA GARCIA DA COSTA

**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: TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004885**

**Conta: 000001808-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%**

**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

**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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04885

CONTA: 00000001808-8

---

Nr. da Autenticação 7EF676938C8411A5

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170460585      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TARSIS RODRIGO LIMA DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 05/03/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 27/09/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Fratura de patela esquerda.

**Resultados terapêuticos:** Resolução incompleta após o término do tratamento, com evidência de limitação funcional insusceptível a terapêutica.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional em movimentos de joelho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** Dano moderado de joelho esquerdo.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Indenizado com base em documentação médica hospitalar.

## 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**