

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Nº Sinistro: 3180091786

Vitima: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180091786**.

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 12447781



Rio de Janeiro, 05 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Sinistro: 3180091786
Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA
Data do Acidente: 17/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180091786** 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.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



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Nº Sinistro: 3180091786

Vitima: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180091786**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **17/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221704 ou 0800 221205 (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 a 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 ASI: 113-846-24100 CPF do Titulo: 113-846-24100 Nome completo da Atli ou JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO - BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA CPF titular da conta: 113-846-24100 Monstro: 000000000
Endereço: RUA ROL. FARMACIA RUA ROL. FARMACIA Número: 10 Complemento:
Bairro: PLAN. COLOMBO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB Telefone (DDD): 33 Telefone: 9830-1130
Email:

Declaro, sob as penas da lei e para fins do prov. de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, sob pena de anulação do comprovante de residência em anexo e informaco.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLAMAR INFORMAÇÃO ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ DE R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 2.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 2.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA PORPÂNCIA (Guarde uma cópia deste boleto. Assine uma cópia)
☐ GRADECO (037) ☐ BANCO DO BRASIL (037) ☐ ITAÚ (037)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013 Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013
Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013 Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013
Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013 Assinatura: JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA Data: 22/04/2013

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.

JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA 22 de fevereiro de 2013
Local e Data

22 FEVER 2013

JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

JOSE SÁVIO GOMES DE LIMA
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00287.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00287.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:33 horas do dia 16 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jose Cláudio Gomes de Lima**, CPF nº 115.840.124-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Estudante, filho(a) de Crenda Ferreira de Lima Silva e Jose Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13-08/1997 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prof. Francisco Maia Wanderley, Nº 188, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antigo Fantástico Clube, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 32391-259.

Dados do(s) Fatos:

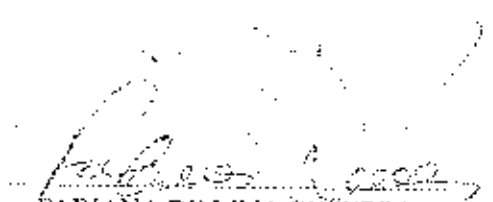
Local: Av. Josefa Taveira, Próximo Ao Casa Tudo, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo de Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 17/10/17 14:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

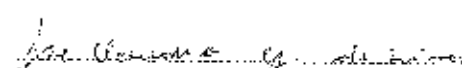
Que ao atravessar a via pela faixa de pedestres foi atropelado por uma MOTO HONDA/CG 125 FAN, PRETA, PLACA MNZ 7857/PB, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

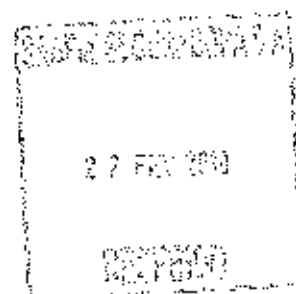
João Pessoa/PB, 16 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA

Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0211234 ou 0800 0321206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso, em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE CARLOS LOPES DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

115 810 124-30

Data do acidente

13/01/2011

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Endereço

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura da invalidez permanente resultante diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IMI), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica das Casas de Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

13/01/2011

13/01/2011

João Carlos Lopes de Oliveira de Feitoria de PA
Local e Data

João Carlos Lopes de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNZ7857

2017

THIAGO SILVA BA

Imprimir Consulta

MNZ7857

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

2007 2008

PARTICULAR PRETA

29/09/2017

Último Licenciamento: 2017

Proprietário: THIAGO SILVA BA

Placa: MNZ7857

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2007

Ano Modelo: 2008

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: PRETA

Vencimento Licenciamento: 29/09/2017

Observação:

Restrição:

Financeira:

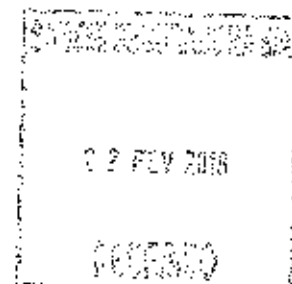
Município: CAMPINA GRANDE

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 19/10/2017

CAMPINA GRANDE

19/10/2017



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180091786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 17/10/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME, VÍTIMA SEM DEFORMIDADES ANATÔMICAS OU DÉFICITS FUNCIONAIS INCAPACITANTES. FORÇA E AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO PRESERVADOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNZ7857

2017

THIAGO SILVA BA

Imprimir Consulta

MNZ7857

Último Licenciamento: 2017
Proprietário: THIAGO SILVA BA
Placa: MNZ7857
Combustível: GASOLINA
Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
Ano de Fabricação: 2007
Ano Modelo: 2008
Categoria: PARTICULAR
Cor Predominante: PRETA
Vencimento Licenciamento: 29/09/2017
Observação:
Restrição:
Financeira:
Município: CAMPINA GRANDE
Situação: EM CIRCULACAO
Data da Consulta: 19/10/2017

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN

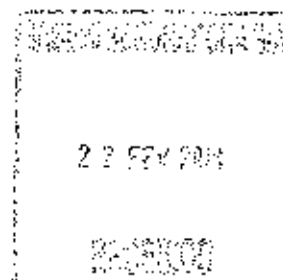
2007 2008

PARTICULAR PRETA

29/09/2017

CAMPINA GRANDE

19/10/2017



IDENTIFICAÇÃO

[illegible]

DATA COLLECTION 205 DATA FITTING

SECRETADURIA DE DOCUMENTAÇÃO

03441-ELACÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPERTE/INTELEGGAL, CDDO PARAPLUSCO CDDO

உள்ளுறை

ONZELEÇO DO FORTAJON

NAME		BARCODE
COMPONENT		
DATE		

CID40L UT

E-MAIL: info@hugoboss.com PHONE: +49 30 25 00 30 30

MARQUELUS (XI) FAZTA CADA DOCUMENTU EFFIBBONE

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALÍDEZ PERMANENTE -

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDITZ PERMANENT

- [illegible]

DOCUMENTOS SAZCOIS - DADOS

- [illegible]

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - UAI45

- [illegible]

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- [illegible]

PUERTO RICO LABORAL UNION - 7000000000

3

NEW: Draft

RECEIVED: APRIL 12, 2005; REVISED: MAY 10, 2005; ACCEPTED: MAY 10, 2005.

—

5.17.4

ANALYST: *[Signature]* DATE: *[Signature]*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180091786 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA **Data do acidente:** 17/10/2017 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos:

TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ PUNHO DIREITO: 75% DE 25% = 18,75%

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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): **JOSE CLAUDIO GOMES DE LIMA** Sinistro: **3180091786** Data: **17/10/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Professor Francisco Maia Wanderley, 188 - Mangabeira - João Pessoa - PB - CEP 58056670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **4036344**

Data local do exame: [**07/03/2018**] **João Pessoa** [**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 DISTAL DO RÁDIO À DIREITA. AO EXAME, VÍTIMA SEM DEFORMIDADES ANATÔMICAS OU DÉFICITS FUNCIONAIS INCAPACITANTES. FORÇA E AMPLITUDE DE MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO PRESERVADOS.**

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. **SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [] Sim [**X**] 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.

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

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

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

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.


João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB