

---

**Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2014**

**Carta nº: 5055350**

**A/C: PEDRO DANTAS DA COSTA FILHO**

**Sinistro:** 2014716732  
**Vitima:** PEDRO DANTAS DA COSTA FILHO  
**Data Acidente:** 06/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL**

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

Relativamente ao acidente ocorrido em **06/07/2014**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014716732      **Cidade:** Aparecida      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PEDRO DANTAS DA COSTA FILHO      **Data do acidente:** 06/07/2014      **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 09/09/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM REGIAO CRANIANA

**Resultados terapêuticos:** DORES, CONTUSÃO

**Sequelas permanentes:** EDEMA, ESCORIAÇÕES

**Sequelas:** Sequela não indenizável

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSÉ TEÓFILO SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32504-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

