

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **FELIPE DA CAMARA SILVA**

Nº Sinistro: **3170658244**

Vitima: **FELIPE DA CAMARA SILVA**

Data do Acidente: **10/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCOS BATISTA FABRICIO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170658244**.

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 12116387



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Carta nº: 12170588

A/C: FELIPE DA CAMARA SILVA

Nº Sinistro: 3170658244  
Vítima: FELIPE DA CAMARA SILVA  
Data do Acidente: 10/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: MARCOS BATISTA FABRICIO

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: FELIPE DA CAMARA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001069

Conta: 0000083388-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170658244 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DA CAMARA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 20/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 50%

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Jorge da Silva Motta*

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170658244 **Cidade:** João Câmara **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FELIPE DA CAMARA SILVA **Data do acidente:** 10/09/2017 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 20/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEFICIT FUNCIONAL

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** MEMBRO INFERIOR 50%

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JORGE DA SILVA MOTTA

**CRM do médico:** 52.31398-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Jorge da Silva Motta*