

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180061431

Vitima: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Data do Acidente: 10/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180061431**.

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 12357175



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Sinistro: 3180061431
Vítima: TIAGO SANTOS DE SANTANA
Data do Acidente: 10/02/2017
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 3180061431** 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, 04 de Abril de 2018

Carta nº: 12612049

A/C: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180061431
Vítima: TIAGO SANTOS DE SANTANA
Data do Acidente: 10/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ

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: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Valor: R\$ 8.437,50

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000059791-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.437,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do braço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **TIAGO SANTOS DE SANTANA**

Nº Sinistro: **3180061431**

Vitima: **TIAGO SANTOS DE SANTANA**

Data do Acidente: **10/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180061431**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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



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: 28/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.437,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TIAGO SANTOS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000059791-0

Nr. da Autenticação 52DA4D00E91F8C8D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061431 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SANTOS DE SANTANA **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2018

Valoração do IML: 100

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS ESQUERDO E DIREITO E ARCOS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: IML: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MS ESQUERDO E MI DIREITO E ESQUERDO E RETIRADA DO BAÇO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS ESQUERDO 25% DE 70% E MI DIREITO E ESQUERDO 25% DE 70% E RETIRADA DO BAÇO 100% DE 10%

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061431 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SANTOS DE SANTANA **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS ESQUERDO E DIREITO E ARCOS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: FRATURA DE UMEROS ESQUERDO E DIREITO E ARCOS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS ESQUERDO 25% DE 70% E MI DIREITO E ESQUERDO 25% DE 70% E RETIRADA DO BAÇO 100% DE 10%

Documentos complementares:

Observações: VITIMA JA INDENIZADA EM 65%, SEM INDENIZAÇÃO ADICIONAL

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180061431 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TIAGO SANTOS DE SANTANA **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2018

Valoração do IML: 100

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE UMEROS ESQUERDO E DIREITO E ARCOS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO

Sequelas permanentes: IML: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MS ESQUERDO E MI DIREITO E ESQUERDO E RETIRADA DO BAÇO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MS ESQUERDO 25% DE 70% E MI DIREITO E ESQUERDO 25% DE 70% E RETIRADA DO BAÇO 100% DE 10%

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			62,5 %	R\$ 8.437,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: