

---

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**



---

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](http://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 n°: 12612049

A/C: TIAGO SANTOS DE SANTANA

Nº Sinistro: 3180061431  
Vitima: 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 baço 10%

Graduação: Em grau completo 10%

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

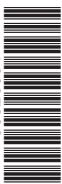
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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](http://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: 00000059791-0

---

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 UMERO ESQUERDO FRMUR DIREITO E ESQUERDO E ARCS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**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
<b>Total</b>			<b>62,5 %</b>	<b>R\$ 8.437,50</b>

## 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 UMERO ESQUERDO FRMUR DIREITO E ESQUERDO E ARCS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes: FRATURA DE UMERO ESQUERDO FRMUR DIREITO E ESQUERDO E ARCS 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 UMERO ESQUERDO FRMUR DIREITO E ESQUERDO E ARCS COSTAIS E TRAUMA ABDOMINAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**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
<b>Total</b>			<b>62,5 %</b>	<b>R\$ 8.437,50</b>

## 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:**