

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA**

Nº Sinistro: **3180212847**

Vitima: **ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA**

Data do Acidente: **17/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARIA DE LOURDES BATISTA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180212847**.

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 12803643



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA**  
Nº Sinistro: **3180212847**  
Vitima: **ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA**  
Data do Acidente: **17/03/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA DE LOURDES BATISTA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180212847**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12806284



---

Rio de Janeiro, 02 de Julho de 2018

Carta nº 13037437

A/C: ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180212847 ASL-0166725/18  
Vitima: ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA  
Data Acidente: 17/03/2018  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA DE LOURDES BATISTA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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:** 3180212847 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO+ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# 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: 06/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000025366-5

---

Nr. da Autenticação 01EDB6178EC8023F

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180212847 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALDEISA MARIA DAS NEVES SILVA **Data do acidente:** 17/03/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO+ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DE 3º METATARSO DO PÉ ESQUERDO

**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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**