

---

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GILDO RIBEIRO DE MOURA**

**Sinistro:** **3180182387**

**Vítima:** **MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO SOUZA MOURA**

**Data do Acidente:** **30/10/2017**

**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 **3180182387** 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, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **GILDO RIBEIRO DE MOURA**

Nº Sinistro: **3180182387**

Vitima: **MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO SOUZA MOURA**

Data do Acidente: **30/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180182387**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

---

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** GILDO RIBEIRO DE MOURA

**Nº Sinistro:** 3180182387

**Vitima:** MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO SOUZA MOURA

**Data do Acidente:** 30/10/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182387**.

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**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182387      **Cidade:** Tamboril      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EDUARDA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 30/10/2017      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS  
SOUZA MOURA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE.

**Descrição do exame** VÍTIMA REFERE CEFALÉIA PÓS TRAUMA. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA NÃO APRESENTA SINAIS DE  
**médico pericial:** COMPROMETIMENTO MOTOR, SENSITIVO OU PROPRIOCEPÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE SUPORTE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 08/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Gerardo Fernandes Junior

**CRM do médico:** 8251

**UF do CRM do médico:** CE

## 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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

