

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **HELIO DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180164831**

Vitima: **HELIO DA CRUZ**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180164831**.

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 12667308



Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **HELIO DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180164831**
Vitima: **HELIO DA CRUZ**
Data do Acidente: **04/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180164831**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/08/2017**. 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164831 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO (FRATURA DE 5 E 7º ARCO COSTAL A ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180164831 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO DA CRUZ **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA TORÁCICO (FRATURA DE 5 E 7º ARCO COSTAL A ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, OBSERVAÇÃO E ALTA MEDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Bruno Barbosa Mendonca

CRM do médico: 52900400

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

