

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDNILSON DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180349188

Vitima: JOSE EDNILSON DOS SANTOS

Data do Acidente: 28/09/2016

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349188**.

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 13191904



ITAÚ – UNIBANCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:

19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: JOSE EDNILSON DOS SANTOS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00297

CONTA: 000000022609-4

Autenticação:

B60C584E7AD282B41457734634C39090D5903B6D42756DE083EA231071B9C63D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180349188

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE EDNILSON DOS SANTOS

**Data do acidente:** 28/09/2016

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO COTOVELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DANO PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETO DE REPERCUSSÃO LEVE COMPROMETENDO A FUNÇÃO COTOVELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** Nº DO LAUDO 8696/2017  
DATA DO LAUDO 09/10/2017  
DE ACORDO COM O QUESITO 4º.

## 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 completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                            |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

