

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3180182160**

Vitima: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Data do Acidente: **12/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VAGNER LINO DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182160**.

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 12693580



---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3180182160**

Vitima: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Data do Acidente: **12/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **VAGNER LINO DOS SANTOS**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180182160**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3180182160**

Vitima: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Data do Acidente: **12/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **VAGNER LINO DOS SANTOS**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180182160**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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:** 3180182160 **Cidade:** Umbaúba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES **Data do acidente:** 12/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 08/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM do médico:** 52.45228-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

