

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta n°: 12775292

A/C: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3180162884
Vitima: SANDRO ROSA DOS ANJOS
Data do Acidente: 28/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Valor: R\$ 7.256,25

Banco: 104

Agência: 000004477

Conta: 0000011023-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|-------------------------|-----|-----------------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 7.256,25 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3180162884

Vitima: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180162884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180162884

Vítima: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SANDRO ROSA DOS ANJOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3180162884

Vitima: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180162884**.

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

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: 03/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.256,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO ROSA DOS ANJOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04477

CONTA: 000000011023-7

Nr. da Autenticação B4E5922F186FB594

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180162884 **Cidade:** Boquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO ROSA DOS ANJOS **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
TRAUMA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ACORDO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: FEITA REANÁLISE AMD. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA VIGENTE.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180162884 **Cidade:** Boqueim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO ROSA DOS ANJOS **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
TRAUMA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ACORDO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO
DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: FEITA REANÁLISE AMD. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA VIGENTE.

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Complemento por reanálise - 0 % | 0% | R\$ 0,00 |
| Total | | | 0 % | R\$ 0,00 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180162884 **Cidade:** Boqueim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO ROSA DOS ANJOS **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO; TRAUMA DE JOELHO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEFICIT FUNCIONAL

Sequelas permanentes: DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO; DEBILIDADE SEVERA DE JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO SUPERIOR 50%; JOELHO 75%

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 |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| Total | | | 53,75 % | R\$ 7.256,25 |

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JORGE DA SILVA MOTTA

CRM do médico: 52.31398-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

