

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº: 12775292

A/C: SANDRO ROSA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3180162884  
Vítima: 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](http://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 médico-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](http://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

Carta nº 13586536



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**

Carta nº 12718443



# 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:** 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              |

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# 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:** 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:**

Jorge da Silva Motta