

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARIANA DE LUCENA**

Nº Sinistro: **3180169222**

Vitima: **MARIANA DE LUCENA**

Data do Acidente: **12/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO CIRO CAVALCANTE DE LIMA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180169222**.

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 12666079



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de:           **MARIANA DE LUCENA**

Nº Sinistro:               **3180169222**

Vitima:                   **MARIANA DE LUCENA**

Data do Acidente:       **12/09/2017**

Cobertura:               **INVALIDEZ**

Procurador               **FRANCISCO CIRO CAVALCANTE DE LIMA**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180169222**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/09/2017**. 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:** 3180169222 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIANA DE LUCENA **Data do acidente:** 12/09/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 21/06/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FRATURA NO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO E CONSERVADOR DO HÁLUX. ALTA MÉDICA.

**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:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180169222 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIANA DE LUCENA **Data do acidente:** 12/09/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS 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:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FRATURA NO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO E CONSERVADOR DO HÁLUX.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIAS E/OU TOMOGRAFIAS DURANTE INTERNAÇÃO E CONTROLE PÓS-TRATAMENTO) COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

## 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:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180169222 **Cidade:** Caucaia **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIANA DE LUCENA **Data do acidente:** 12/09/2017 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS 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:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO + FRATURA NO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO ANTEBRAÇO E CONSERVADOR DO HÁLUX.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIAS E/OU TOMOGRAFIAS DURANTE INTERNAÇÃO E CONTROLE PÓS-TRATAMENTO) COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

## 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:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**