

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

Nº Sinistro: 3180275635

Vitima: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 14/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180275635**.

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 12975217



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2018

Carta nº: 13082989

A/C: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

Nº Sinistro: 3180275635
Vítima: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO
Data do Acidente: 14/05/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: BRENA KELLY QUEIROZ MONTEIRO

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: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO

Valor: R\$ 675,00

Banco: 033

Agência: 000004653

Conta: 000001026077-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180275635 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE TEIXEIRA DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 14/05/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL DO 4º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 4º QUIRODÁCTILO DA MÃO ESQUERDA EM CONSEQUÊNCIA AO SINISTRO EM QUESTÃO

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: