

---

Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEOMAR LIMA DA SILVA**  
  
Nº Sinistro: **3180024127**  
Vitima: **CLEOMAR LIMA DA SILVA**  
Data do Acidente: **07/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANGELA NUNES MASULLO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180024127**.

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**

---

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CLEOMAR LIMA DA SILVA**  
  
Sinistro: **3180024127**  
Vítima: **CLEOMAR LIMA DA SILVA**  
Data do Acidente: **07/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ROSANGELA NUNES MASULLO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180024127** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 31 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12321664

A/C: CLEOMAR LIMA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180024127  
Vitima: CLEOMAR LIMA DA SILVA  
Data do Acidente: 07/09/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ROSANGELA NUNES MASULLO

**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: CLEOMAR LIMA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003027

Conta: 0000022061-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

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**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180024127      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEOMAR LIMA DA SILVA      **Data do acidente:** 07/09/2017      **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de tibia e fíbula direita

**Descrição do exame** Alteração anatômica do joelho direito. Limitação dos movimentos do joelho direito e instabilidade para sustentar o corpo só como membro inferior direito

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com fixador externo por 10 dias e posterior osteossíntese da fratura. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em dezembro de 2017, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar.

**Sequelas permanentes:** Deficit funcional moderado do membro inferior direito causado pela consolidação viciosa, limitação dos movimentos do joelho e instabilidade para sustentar o corpo só como membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do membro inferior direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Regina Claudia Alho

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## 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 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

**CRM do médico:** 41076

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**