

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JANDERSON DE SOUZA LIMA

**Nº Sinistro:** 3180108105

**Vitima:** JANDERSON DE SOUZA LIMA

**Data do Acidente:** 03/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180108105**.

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, 16 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JANDERSON DE SOUZA LIMA

**Sinistro:** 3180108105

**Vítima:** JANDERSON DE SOUZA LIMA

**Data do Acidente:** 03/09/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**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 3180108105** 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.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Março de 2018

Carta n°: 12573335

A/C: JANDERSON DE SOUZA LIMA

**Nº Sinistro:** 3180108105  
**Vitima:** JANDERSON DE SOUZA LIMA  
**Data do Acidente:** 03/09/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** RAIMUNDO NONATO SILVA

**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: JANDERSON DE SOUZA LIMA**

**Valor: R\$ 7.087,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000003053-8**

**Conta: 0000013577-1**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>7.087,50</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%**

**Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50**

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**



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JANDERSON DE SOUZA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03053-8

CONTA: 000000013577-1

---

Nr. Autenticação

BRADESCO23032018050000000002370305300000013577708750 PAGO

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180108105      **Cidade:** Boa Vista      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JANDERSON DE SOUZA LIMA      **Data do acidente:** 03/09/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma corto contuso em antebraço direito. Lesão de tendão.

**Descrição do exame** Alteração anatômica do antebraço direito. 4 e 5 quirodáctilos direito em garra com comprometimento dos  
**médico pericial:** movimentos de apreensão. Hipotrofia da região palmar direita

**Resultados terapêuticos:** A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com sutura da lesão. Não realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica em outubro de 2017 , sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional acentuado em mão direita

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/03/2018

**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 da mão direita , portanto mantemos a conduta do médico examinador

**Médico examinador:** Regina Claudia Alho

**CRM do médico:** 1032

**UF do CRM do médico:** RR

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</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:**

