

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](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**

Carta nº 12487594



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 nº: 12573335

A/C: JANDERSON DE SOUZA LIMA

Nº Sinistro: 3180108105  
Vítima: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

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



BRABESCO

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

BRABESCO2303201805000000000023703053000000013577708750    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 médico pericial:** Alteração anatômica do antebraço direito. 4 e 5 quirodáctilos direito em garra com comprometimento dos 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

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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## 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:**