

---

**Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180598018**

**Vítima: PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA**

**Data do Acidente: 11/06/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRE BARBOSA DA CRUZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03469-X

CONTA: 000000033303-4

---

Nr. da Autenticação 4152C77790A14C71

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180598018 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO WILLIAM PEREIRA BARBOSA **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 27/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS, ENXERTO ÓSSEO) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

**CRM:** 5258235-4

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**