

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA  
Nº Sinistro: 3180371052  
Vitima: ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA  
Data do Acidente: 26/02/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371052**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13227474



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180371052 **Cidade:** Russas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA **Data do acidente:** 26/02/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 17/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** LIMITAÇÃO MODERADA DO OMBRO 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA

Nº Sinistro: 3180371052

Vitima: ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA

Data do Acidente: 26/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371052**.

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 13224973



# 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: 24/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANTONIO FABRICIO DE SOUSA PEREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00323-9

CONTA: 000000043905-3

---

Nr. da Autenticação 3F61F25BA680F21A