

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2017

Carta nº: 10977989

A/C: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170254602 ASL-0175221/17

Vitima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

Data Acidente: 21/01/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: EDILENE DOS ANJOS VARELA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2017

Carta nº: 10998963

A/C: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170254602 ASL-0175221/17
Vítima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE DOS ANJOS VARELA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2017

Carta nº: 11066872

A/C: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

Sinistro: 3170254602 ASL-0175221/17
Vítima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA
Data Acidente: 21/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: EDILENE DOS ANJOS VARELA

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: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000760

Conta: 0000044574-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 25/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000044574-0

Nr. da Autenticação EEAFC304C76CCB73

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170254602 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/05/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170254602 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE PUNHO DIREITO PARA SUPINAÇÃO E FLEXÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO AO NÍVEL DA MÃO DIREITA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, NEURO VASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO, APOS FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO ULTERIOR COM FIOS INTRAMEDULARES DE KIRSCHNER, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170254602 **Cidade:** São Bento do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDECI OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2017 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE PUNHO DIREITO PARA SUPINAÇÃO E FLEXÃO, DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENSÃO AO NÍVEL DA MÃO DIREITA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO, NEURO VASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE PUNHO DIREITO, APOS FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO ULTERIOR COM FIOS INTRAMEDULARES DE KIRSCHNER, NÃO FEZ FISIOTERAPIAS. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/05/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

