

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS**

Nº Sinistro: **3180243746**

Vitima: **VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS**

Data do Acidente: **02/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ANA CELI NASCIMENTO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180243746**.

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 12887943



Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Sinistro: 3180243746
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS
Data do Acidente: 02/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA CELI NASCIMENTO DA 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 3180243746** 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** 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, 20 de Junho de 2018

Carta nº: 12988168

A/C: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Nº Sinistro: 3180243746
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS
Data do Acidente: 02/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANA CELI NASCIMENTO DA 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: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005877-7

Conta: 000004257-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/06/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05877-7

CONTA: 000000004257-9

Nr. Autenticação

BRADERCO1806201805000000000023705877000000004257168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180243746 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180243746 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO INFORMADO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180243746 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA BASE DO 1º METACARPIANO, À ESQUERDA (FRATURA DE BENNETT).

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO POLEGAR ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA EDEMA DE (+/4+), NO 1º METACARPO. CICATRIZES CIRÚRGICAS PUNTIFORMES AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO CARPOMETACÁRPICA. HIPOTROFIA TENAR ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DA 1º ART. CARPOMETACÁRPICA DE 0º À 10º, EXTENSÃO DE 0º À 50º E ABDUÇÃO DE 0º À 50º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE BENNETT, COM REDUÇÃO, TENOPLASTIA, ENXERTO ÓSSEO E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO POLEGAR ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

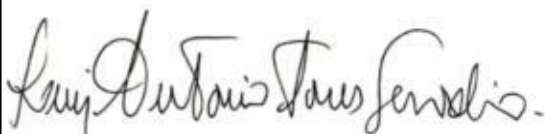
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180243746 **Cidade:** Macaíba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VANDER CLEBIO DE SOUZA FARIAS **Data do acidente:** 02/02/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA BASE DO 1º METACARPIANO, À ESQUERDA (FRATURA DE BENNETT).

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO POLEGAR ESQUERDO, COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA MUSCULAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA EDEMA DE (+/4+), NO 1º METACARPO. CICATRIZES CIRÚRGICAS PUNTIFORMES AO NÍVEL DA ARTICULAÇÃO CARPOMETACÁRPICA. HIPOTROFIA TENAR ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DA 1º ART. CARPOMETACÁRPICA DE 0º À 10º, EXTENSÃO DE 0º À 50º E ABDUÇÃO DE 0º À 50º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE BENNETT, COM REDUÇÃO, TENOPLASTIA, ENXERTO ÓSSEO E OSTEOSÍNTESE COM FIOS METÁLICOS, JÁ REMOVIDOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO POLEGAR ESQUERDO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/06/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ ANTONIO SERODIO

CRM do médico: 52.16328-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

