

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2017

Carta nº: 11679018

A/C: LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170501665 ASL-0355696/17  
Vitima: LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA  
Data Acidente: 29/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA

Nº Sinistro: 3170501665

Vitima: LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA

Data do Acidente: 29/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170501665**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/05/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501665 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA **Data do acidente:** 29/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/11/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR LAUDO DO IML

## 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:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170501665 **Cidade:** Frei Paulo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUIZ VAGNER CARVALHO DA PENHA **Data do acidente:** 29/05/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EM FALANGE PROXIMAL DE 5º PODODÁCTILO DIREITO E FERIMENTO EM ANTE-PÉ DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR LOCAL QUANDO USA CALÇADO FECHADO. APRESENTA CICATRIZ EM PÉ DIREITO. REFERE PERDA DE SENSIBILIDADE NO ANTE-PÉ DIREITO. NÃO HÁ SINAIS DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE PASSÍVEL DE INDENIZAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA À LIMPEZA DE FERIMENTO E IMOBILIZAÇÃO. REFERE TER REALIZADO 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA ORTOPÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 20/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Alexsandro Bonfim

**CRM do médico:** 4233

**UF do CRM do médico:** SE

## 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

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** SIMONE CUNHA SANCHES

**CRM do médico:** 5271743-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

