

---

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE MARIO BILRO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180175754**

Vitima: **JOSE MARIO BILRO DA SILVA**

Data do Acidente: **30/06/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MAURINO VICENTE DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180175754.**

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**



---

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE MARIO BILRO DA SILVA**

**Sinistro:** **3180175754**

**Vítima:** **JOSE MARIO BILRO DA SILVA**

**Data do Acidente:** **30/06/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **MAURINO VICENTE 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 3180175754** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 24 de Maio de 2018

Carta n°: 12858502

A/C: JOSE MARIO BILRO DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180175754  
**Vitima:** JOSE MARIO BILRO DA SILVA  
**Data do Acidente:** 30/06/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MAURINO VICENTE 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: JOSE MARIO BILRO DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000001069**

**Conta: 000001275-1**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>1.687,50</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180175754      **Cidade:** Poço Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARIO BILRO DA SILVA      **Data do acidente:** 30/06/2017      **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 11/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E TRAUMA DE OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** NÃO INFORMADO O TIPO DE TRATAMENTO REALIZADO.

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** LAUDO INCONCLUSIVO

## 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:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180175754      **Cidade:** Poço Branco      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE MARIO BILRO DA SILVA      **Data do acidente:** 30/06/2017      **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** FERIMENTO AO NÍVEL DE MALEOLO MEDIAL CICATRIZADO DE TORNOZELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO LEVE DA INVERSÃO/EVERSÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA MUSCULAR DE SEGMENTO ACOMETIDO.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** UraI de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**