

---

Rio de Janeiro, 21 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

Nº Sinistro: **3170648918**

Vitima: **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

Data do Acidente: **11/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **FRANCISCA LIBERATO PEDRO**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170648918**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **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**



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

Nº Sinistro: **3170648918**

Vitima: **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

Data do Acidente: **11/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCA LIBERATO PEDRO**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170648918**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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**



---

Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

**Sinistro:** **3170648918**

**Vítima:** **MARIA DE LOURDES LIBERATO PEDRO**

**Data do Acidente:** **11/08/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **FRANCISCA LIBERATO PEDRO**

**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 3170648918** 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](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**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170648918      **Cidade:** João Câmara      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE LOURDES LIBERATO      **Data do acidente:** 11/08/2017      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.  
PEDRO

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

**Data da análise:** 21/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS DE SEQUELAS PERMANENTES.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM do médico:** 52.34194-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".