

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ DE SOUZA FILHO

Nº Sinistro: 3180123099

Vitima: LUIZ DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NEIDE MARIA BORJA DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180123099**.

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, 19 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ DE SOUZA FILHO

Nº Sinistro: 3180123099

Vitima: LUIZ DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NEIDE MARIA BORJA DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180123099**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS S/A**, 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** 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, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUIZ DE SOUZA FILHO

Nº Sinistro: 3180123099

Vitima: LUIZ DE SOUZA FILHO

Data do Acidente: 18/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador NEIDE MARIA BORJA DE OLIVEIRA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180123099**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **18/10/2017**. 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180123099 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ DE SOUZA FILHO **Data do acidente:** 18/10/2017 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR DE OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO,
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO ANEXAR DOCUMENTOS MÉDICOS INFORMANDO EXAMES DE IMAGEM, SEQUELAS DEFINITIVAS E INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM do médico: 52.35988-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

