

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SERGIO CARDOSO BELO**

Nº Sinistro: **3180206440**

Vitima: **SERGIO CARDOSO BELO**

Data do Acidente: **06/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADEMIR DE SOUZA LEO JUNIOR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180206440**.

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 12777060



Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **SERGIO CARDOSO BELO**

Sinistro: **3180206440**
Vítima: **SERGIO CARDOSO BELO**
Data do Acidente: **06/05/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ADEMIR DE SOUZA LEO JUNIOR**

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 3180206440** 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, 03 de Junho de 2018

Carta nº: 12909049

A/C: SERGIO CARDOSO BELO

Nº Sinistro: 3180206440
Vítima: SERGIO CARDOSO BELO
Data do Acidente: 06/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ADEMIR DE SOUZA LEAO JUNIOR

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: **SERGIO CARDOSO BELO**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000002008**

Conta: **0000017320-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO CARDOSO BELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02008

CONTA: 000000017320-8

Nr. da Autenticação 46FEABB20137B914

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180206440 **Cidade:** Parnamirim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO CARDOSO BELO **Data do acidente:** 06/05/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: LESÕES CORTO CONTUSAS NA REGIÃO PATELAR E NO DORSO DO PÉ ESQUERDOS. FRATURA FECHADA DA BASE DO 5º METATARSO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR NO PÉ E NO JOELHO ESQUERDOS. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA CICATRIZES DAS LESÕES CORTO CONTUSAS SUPRA CITADAS. MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXÃO DA ARTICULAÇÃO METATARSOFALANGIANA DO 5º DEDO DE 0º À 30º E EXTENSÃO DE 0º À 10º. EXAME DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO ESQUERDO PREJUDICADA, JÁ QUE A VÍTIMA TEM OSTEOSSÍNTESE DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, ANTERIOR A ESTE SINISTRO. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO ESQUERDO, SEM IMOBILIZAÇÃO. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PÉ ESQUERDO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA (SIC).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/05/2018

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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:

