

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11920559

A/C: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170584483 ASL-0423355/17

**Vitima:** ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Data Acidente:** 26/06/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11943307

A/C: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170584483 ASL-0423355/17**

**Vitima: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO**

**Data Acidente: 26/06/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **18/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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, 13 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Sinistro:** 3170584483

**Vítima:** ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Data do Acidente:** 26/06/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 **3170584483** 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**

---

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11920442

A/C: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170584483 ASL-0423355/17**

**Vitima: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO**

**Data Acidente: 26/06/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **18/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **26/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

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**

# 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: 19/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00866

CONTA: 00000009777-3

---

Nr. da Autenticação 801AD9341E985F84

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170584483      **Cidade:** Porto Real do Colégio      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO      **Data do acidente:** 26/06/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/09/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(AMPUTAÇÃO)E TRATAMENTO CONSERVADOR DA PATELA. E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT ANATÔMICO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEBILIDADE ANATÔMICA LEVE DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** Vitor Hugo Sousa Morim

**CRM:** 5242355-2

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170584483      **Cidade:** Porto Real do Colégio      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ITALO WILLAMIS SANTOS ESTACIO      **Data do acidente:** 26/06/2016      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 15/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DA FALANGE DISTAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.  
FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(AMPUTAÇÃO)E TRATAMENTO CONSERVADOR DA PATELA. E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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>
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>