

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

**Nº Sinistro:** 3180227217

**Vitima:** VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

**Data do Acidente:** 19/10/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** ANTONIO MENDONCA DE OLIVEIRA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180227217**.

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, 08 de Junho de 2018

Carta n°: 12936252

A/C: VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

**Nº Sinistro:** 3180227217  
**Vitima:** VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO  
**Data do Acidente:** 19/10/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO MENDONCA DE OLIVEIRA

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: VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

Valor: R\$ 337,50

Banco: 001

Agência: 000000036-1

Conta: 000010082924-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	337,50

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 25%) 2,50%

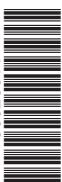
**Valor a indenizar:** 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000010082924-4

---

Nr. da Autenticação FA3E58F7E45AC051

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180227217      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VINICIUS ALMEIDA FERREIRA      **Data do acidente:** 19/10/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA  
 MACHADO

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

**Data da análise:** 30/05/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DE RÁDIO DIREITO+ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** REDUÇÃO DOS ESPAÇOS ARTICULARES(RIGIDEZ ARTICULAR)EM PUNHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE PUNHO 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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
		<b>Total</b>	<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

**CRM do médico:** 5253342-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

