

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

Carta nº 12832535



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2018

Carta nº: 12936252

A/C: VINICIUS ALMEIDA FERREIRA MACHADO

Nº Sinistro: 3180227217
Vítima: 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:

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

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 MACHADO **Data do acidente:** 19/10/2016 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2018

Valoração 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50

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: