

---

**Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190049881**

**Vítima: WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

**Data do Acidente: 02/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190049881**

**Vítima: WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

**Data do Acidente: 02/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190049881**

**Vítima: WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

**Data do Acidente: 02/05/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# 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: 18/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: WESLEY PRESLEY DA CRUZ PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02044

CONTA: 000000092542-7

---

Nr. da Autenticação E9CC5EF8F7D0E5FD

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190049881 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WESLEY PRESLEY DA CRUZ **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA  
**PEREIRA**

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

**Data da análise:** 25/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO;  
LUXAÇÃO DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO COM COM PLACA E PARAFUSO E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O HÁLUX.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190049881 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** WESLEY PRESLEY DA CRUZ **Data do acidente:** 02/05/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA  
**PEREIRA**

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

**Data da análise:** 25/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO;  
LUXAÇÃO DO HÁLUX ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ÚMERO COM COM PLACA E PARAFUSO E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O HÁLUX.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50