

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

Nº Sinistro: 3180331435

Vitima: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

Data do Acidente: 12/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIO GERSON DE PAIVA SOUZA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180331435**.

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 13121409



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO  
Nº Sinistro: 3180331435  
Vitima: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO  
Data do Acidente: 12/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FLAVIO GERSON DE PAIVA SOUZA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180331435**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO  
Nº Sinistro: 3180331435  
Vitima: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO  
Data do Acidente: 12/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FLAVIO GERSON DE PAIVA SOUZA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180331435**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

Sinistro: 3180331435  
Vítima: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO  
Data do Acidente: 12/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: FLAVIO GERSON DE PAIVA SOUZA

**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 3180331435** 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**

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180331435**  
Nome do(a) Examinado(a): **ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **PO ARENA nº 156 - ARENA - SAO JOSE DE MIPIBU/RN**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 449899 - SSP**  
Data e local do acidente: **12/01/2018 SAO JOSE DE MIPIBU/RN**  
Data e local do exame: **31/08/2018 NATAL/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA EXPOSTA DO 5 DEDO DO PE DIREITO**  
**OBS- O CORRETO FOI O DIREITO. A CIRURGIA FOI NO 5 DEDO DO PE DIREITO**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRURGICO, COM AMPUTACAO DO 5 DEDO A DIREITA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AMPUTACAO TOTAL DO 5 DEDO DO PE DIREITO**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DO 5 DEDO DO PE DIREITO**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*).

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **5 DEDO DO PE DIREITO**

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☒ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

Dra. Dores M. B. C. Mendes  
Médica Perita  
CRM-RJ 52.25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# 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: 05/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04845

CONTA: 000000017512-6

---

Nr. da Autenticação 9DCD3E8BEEE4F409

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331435 **Cidade:** São José de Mipibu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 31/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA FALANGE 5º DEDEO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO, SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM E RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO COM DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO REALIZADO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331435 **Cidade:** São José de Mipibu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 14/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA + AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA E APRESENTAR RELATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO MÉDICO AMBULATORIAL E EXAMES DE IMAGEM COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331435 **Cidade:** São José de Mipibu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PE DIREITO;  
OBS: O CORRETO FOI O DIREITO. A CIRURGIA FOI NO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO, COM AMPUTACAO DO 5º DEDO A DIREITA.  
AMPUTACAO TOTAL DO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO TOTAL DO 5º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180331435 **Cidade:** São José de Mipibu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMILDO VIEIRA DE ARAUJO **Data do acidente:** 12/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PE DIREITO;  
OBS: O CORRETO FOI O DIREITO. A CIRURGIA FOI NO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO, COM AMPUTACAO DO 5º DEDO A DIREITA.  
AMPUTACAO TOTAL DO 5º DEDO DO PE DIREITO.

**Sequelas permanentes:** AMPUTAÇÃO TOTAL DO 5º PODODACTILO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**