

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

Nº Sinistro: 3180547078

Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180547078**.

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 13623729



**Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547078**

**Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

**Data do Acidente: 05/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento  
Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Carta nº 13623730



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547078

Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

Data do Acidente: 05/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência  
Documentos de identificação

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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

Carta nº 13655329





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547078**                      **Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

**Data do Acidente: 05/09/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você

Pag. 00741/00742 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13712198

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180547078**

**Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

**Data do Acidente: 05/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 24 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180547078**

**Vítima: PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

**Data do Acidente: 05/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ABEL ICARO MOURA MAIA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.485,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 55%

% Invalidez Permanente DPVAT: (55% de 10%) 5,50%

Valor a indenizar: 5,50% x 13.500,00 = R\$ 1.485,00

Recebedor: **PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA**

Valor: **R\$ 1.485,00**

Banco: **104**

Agência: **000000560**

Conta: **0000022268-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

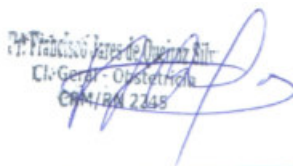
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180547078  
Nome do(a) Examinado(a): Paulo Eduardo Nogueira de Lucena  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Anatalia de Melo Alves, S/N  
Paredões Mossoro RN CEP: 59618-115  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001948369  
Data local do acidente: [ 05/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 14/01/2019 ] Jucurutu [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**TRAUMATISMO NO PÉ DIREITO, COM ESMAGAMENTO, FRATURAS NO QUARTO PODODÁCTILO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, TRATAMENTO DO COTO DE AMPUTAÇÃO DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO. EVOLUIU COM DÉFICIT FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO.**  
**Data da Alta: 10/09/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO, COM DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO MESMO**
- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
( ☒ ) Sim ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
( ☒ ) Sim ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**PERCA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO 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 o 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>5º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>4º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br>% do dano: ( <input checked="" type="checkbox"/> ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
|--|--|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Francisco J. de Oliveira Filho  
Cl. Geral - Obstetrícia  
CRM/RN 22445

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547078 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.  
TRAUMA COM LESÃO DE PARTES MOLES DO 3º, 4º PODODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO DIREITO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547078 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 5º PODODÁCTILO DIREITO.  
TRAUMA COM LESÃO DE PARTES MOLES DO 3º, 4º PODODÁCTILO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 5º PODODÁCTILO DIREITO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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 intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547078 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NO PÉ DIREITO, COM ESMAGAMENTO, FRATURAS NO QUARTO PODODÁCTILO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO, COM DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO MESMO

**Resultados terapêuticos:** PERCA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Francisco Jares de Queiros Silva

**CRM do médico:** 2245

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 55 %	11%	R\$ 1.485,00
Total			11 %	R\$ 1.485,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180547078 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** PAULO EDUARDO NOGUEIRA DE LUCENA **Data do acidente:** 05/09/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NO PÉ DIREITO, COM ESMAGAMENTO, FRATURAS NO QUARTO PODODÁCTILO E AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO, COM DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO DO MESMO

**Resultados terapêuticos:** PERCA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO QUARTO PODODÁCTILO DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Francisco Jares de Queiros Silva

**CRM do médico:** 2245

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 55 %	11%	R\$ 1.485,00
Total			11 %	R\$ 1.485,00

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**