

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2017

Carta nº: 11284815

A/C: RONILDO PAULO DE MEDEIROS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170370113 ASL-0260329/17**  
**Vítima: RONILDO PAULO DE MEDEIROS**  
**Data Acidente: 20/04/2017**  
**Natureza: INVALIDEZ**  
**Procurador: SIDICLEZ VICENTE DA SILVA**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 14 de Julho de 2017

Carta nº: 11311187

A/C: RONILDO PAULO DE MEDEIROS

**Sinistro:** 3170370113 ASL-0260329/17  
**Vítima:** RONILDO PAULO DE MEDEIROS  
**Data Acidente:** 20/04/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SIDICLEZ VICENTE DA SILVA

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 29 de Julho de 2017

Carta nº: 11390984

A/C: RONILDO PAULO DE MEDEIROS

Sinistro: 3170370113 ASL-0260329/17  
Vítima: RONILDO PAULO DE MEDEIROS  
Data Acidente: 20/04/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: SIDICLEZ VICENTE DA SILVA

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: **RONILDO PAULO DE MEDEIROS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001953**

Conta: **000006997-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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**



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

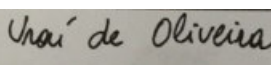
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Ronildo Paulo de Medeiros  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sao Felix, 23 Casa  
Nossa Senhora da Apresentacao Natal RN CEP: 59115-688  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 001334336  
Data local do exame: [ 21/07/2017 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.  
DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXAO E EXTENSAO DE TORNOZELO ESQUERDO, FERIDA OPERATORIA CICATRIZADA,  
NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**PACIENTE FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE EMERGENCIA E DEPOIS REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A UTILIZAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS AO NIVEL DE TORNOZELO ESQUERDO.  
Data da alta: HA APROXIMADAMENTE 1 MES.  
REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM A UTILIZAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS, FEZ 20 SESSOES DE FISIOTERAPIA.  
Complicações: NAO APRESENTOU.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**( X ) Sim** ( ) Não  
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.  
**INVALIDEZ ANATOMICA E FUNCIONAL AO NIVEL DE PÉ ESQUERDO COM ADM DIMINUIDA.**  
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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> |
| ( ) "Exame não permite conclusão"<br><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</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>PÉ - Esquerdo</b>   | Região Corporal (Sequela):  |
| % do dano: ( ) 10% residual <b>( X ) 25% leve</b><br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | % do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) 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. Ural de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 4315

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170370113 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONILDO PAULO DE MEDEIROS **Data do acidente:** 20/04/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 14/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170370113

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONILDO PAULO DE MEDEIROS

**Data do acidente:** 20/04/2017

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA.XXXX

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A UTILIZAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS, FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE PÉ ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUÍDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ura de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** AUREA MARIA TAVARES TORRES

**CRM do médico:** 52.56757-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170370113

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RONILDO PAULO DE MEDEIROS

**Data do acidente:** 20/04/2017

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DE FLEXÃO E EXTENSÃO DE TORNOZELO ESQUERDO, FERIDA OPERATÓRIA CICATRIZADA, DISCRETA ATROFIA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA.XXXX

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM A UTILIZAÇÃO DE PLACAS E PARAFUSOS, FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** INVALIDEZ ANATÔMICA E FUNCIONAL AO NÍVEL DE PÉ ESQUERDO COM AMPLITUDE DO MOVIMENTO DIMINUÍDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 21/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Ura de Oliveira

**CRM do médico:** 4315

**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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** AUREA MARIA TAVARES TORRES

**CRM do médico:** 52.56757-3

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

