

---

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº: 11754831

A/C: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170522363 ASL-0376056/17

**Vitima:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

**Data Acidente:** 17/05/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** NUSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA

**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 inicio 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,



---

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2017

Carta nº: 11759599

A/C: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

**Sinistro:** 3170522363 ASL-0376056/17  
**Vítima:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
**Data Acidente:** 17/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** NUSIA LEILA FERNANDES DE OLIVEIRA

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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2017

Carta n°: 11858753

A/C: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

Sinistro: 3170522363 ASL-0376056/17  
Vitima: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA  
Data Acidente: 17/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: NUSIA LEILA FERNANDES 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: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000034

Conta: 000004063-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170522363      **Cidade:** Vera Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 17/05/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
MIRANDA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada da tibia e fíbula à esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame vítima apresenta edema na perna e pé esquerdo, marcha claudicante, cicatriz cirúrgica na face anterior da perna esquerda, limitação dos movimentos da flexão do tornozelo esquerdo. Não conseguiu realizar a marcha de calcanhar e de ponta do pé (testes).

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese: placa e parafusos. Relata que fez fisioterapia e que já recebeu alta do tratamento.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# 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: 19/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00034

CONTA: 00000004063-8

---

Nr. da Autenticação A0503C2E45019E1A

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170522363      **Cidade:** Vera Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 17/05/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
MIRANDA

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

**Data da análise:** 04/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** OS DADOS INFORMADOS NO SINISTRO, SÃO INSUFICIENTES PARA QUE SE FAÇA UMA ANÁLISE SEGURA DE POSSÍVEIS 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170522363      **Cidade:** Vera Cruz      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 17/05/2017      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A  
MIRANDA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura fechada da tibia e fíbula à esquerda

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame vítima apresenta edema na perna e pé esquerdo, marcha claudicante, cicatriz cirúrgica na face anterior da perna esquerda, limitação dos movimentos da flexão do tornozelo esquerdo. Não conseguiu realizar a marcha de calcanhar e de ponta do pé (testes).

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese: placa e parafusos. Relata que fez fisioterapia e que já recebeu alta do tratamento.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON MARCIO DE OLIVEIRA MIRANDA** Sinistro: **3170522363** Data: **17/05/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **AV MNS PAIVA, 480 - CENTRO - Vera Cruz - RN - CEP 59184-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **1.930.345**

Data local do exame: [ **10/10/2017** ] **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 fechada da tibia e fibula à esquerda. Ao exame vítima apresenta edema na perna e pé esquerdo, marcha claudicante, cicatriz cirúrgica na face anterior da perna esquerda, limitação dos movimentos da flexão do tornozelo esquerdo. Não conseguiu realizar a marcha de calcanhar e de ponta do pé (testes).**

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.

**Submetido a tratamento cirúrgico com osteossíntese: placa e parafusos. Relata que fez fisioterapia e que já recebeu alta do tratamento.**

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.

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

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"

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

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale 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.

*Rosa Maria Vaz dos Santos*