

Rio de Janeiro, 06 de Junho de 2017

Carta nº: 11095856

A/C: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170299466 ASL-0206496/17  
**Vítima:** LUISA BATISTA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 05/02/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA CLENES DOMINGOS

**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 Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2017

Carta nº: 11607714

A/C: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170299466 ASL-0206496/17  
Vítima: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 05/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: MARIA CLENES DOMINGOS

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: LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000000687-4

Conta: 0000013496-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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:** 3170299466 **Cidade:** Boa Água **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUISA BATISTA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 05/02/2017 **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da patela esquerda.  
Ferimento corto contuso, na região poplíteia esquerda.  
Traumatismo cranio encefálico.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular e lesão tendinosa (limitação dos movimentos do joelho esquerdo), frouxidão articular e crepitação do joelho esquerdo, aumento do volume do joelho esquerdo e cicatrizes nas regiões anterior e posterior do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico, sutura das partes moles do joelho esquerdo.  
Não realizou fisioterapia.  
Alta médica (06/2017).

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/08/2017

### Conduta mantida:

**Observações:** Vítima após termino do tratamento, a um quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo.

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** MARCO ANTONIO TARTARELLA

**CRM do médico:** 41033

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



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

---

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

**Nome do(a) Examinado(a):** LUISA BATISTA DO NASCIMENTO

**Endereço do(a) Examinado(a):** DT IPIRANGA, 9 - 9 - Boa Viagem/CE - CEP 63870-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 237005692 - SSP

**Data e Local do Exame :** 30/08/2017 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE

**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)**

Diagnóstico:

FX DA PATELA ESQUERDA E LESÃO CORTO-CONTUSA EM REGIÃO POPLÍTEA ESQUERDA  
TCE

Exame

Físico:

CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR E POSTERIOR DO JOELHO, BLOQUEIO ARTICULAR E LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO LEVE/MODERADA DOS MOVIMENTOS, DISCRETA FROUXIDÃO ARTICULAR COM CREPITAÇÃO E AUMENTO DO VOLUME DO JOELHO ESQUERDO

**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?** ☒ Sim ☐ Não

**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?** ☒ Sim ☐ Não

**II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR DE BOA VIAGEM E TRANSFERIDA PARA CANINDÉ APRESENTANDO TCE E LESÃO NO JOELHO. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E REPARAÇÃO CIRÚRGICA DE PARTES MOLES NA FACE ANTERIOR E POSTERIOR DO JOELHO. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA EM JUN/2017.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?** ☒ 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.**

INSTABILIDADE ARTICULAR E PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO JOELHO PELA LESÃO TENDINOSA E PELO BLOQUEIO ARTICULAR

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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”

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

Região Corporal

JOELHO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio (X) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.**

APRESENTA, EM DECORRÊNCIA DO TCE, SINTOMAS SUBJETIVOS SEM BASE MÉDICA SUFICIENTE PARA INDENIZAÇÃO.



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE