

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2017

Carta n°: 11806331

A/C: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

Sinistro: 3170388122 ASL-0268306/17  
Vitima: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES  
Data Acidente: 17/05/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

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: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002371-X

Conta: 000010008448-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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 tornozelo 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



---

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES**

**Sinistro:** **3170388122**

**Vítima:** **HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES**

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

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO**

**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 3170388122** 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**



---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES**

Nº Sinistro: **3170388122**

Vitima: **HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES**

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

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3170388122**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoraslider.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, 24 de Julho de 2017

Carta nº: 11360365

A/C: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170388122 ASL-0268306/17

**Vitima:** HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

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

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **13/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/05/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº: 11747073

A/C: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

**Sinistro:** 3170388122 ASL-0268306/17  
**Vítima:** HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES  
**Data Acidente:** 17/05/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

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**



**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): Helena Dalvany Rodrigues Soares  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Capim Grosso, 848  
Sta Maria Ouricuri PE CEP: 56200-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ DETRAN / PE ] 1104861515  
Data local do exame: [ 05/10/2017 ] Juazeiro do Norte [ 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)

**FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO**

**TORNOZELO COM CICATRIZES, DOR AOS MOVIMENTOS, EDEMA CRONICO E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA**

- 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.

**HOJE COM CICATRIZES, DOR AOS MOVIMENTOS, EDEMA CRONICO E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA**

Data da alta: 17/08/17

**FRATURA TRATADA CIRÚRGICO COM 2 PARAFUSOS, IMOBILIZAÇÃO GESSADA E POSTERIOR ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO, RESULTADO SATISFATÓRIO**

**Complicações: NÃO HOUVE**

- 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.

**PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA**

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

“Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

“Sem sequela permanente”

(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):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Esquerdo**

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

% 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.

**com rx**

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

Dr. Jorge Coelho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5931

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170388122      **Cidade:** Ouricuri      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES      **Data do acidente:** 17/05/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do tornozelo esquerdo.

**Descrição do exame** Tornozelo com cicatrizes, dor aos movimentos, edema crônico e perda funcional relacionado aos movimentos e a **médico pericial:** marcha.

**Resultados terapêuticos:** Fratura tratada cirúrgico com 2 parafusos, imobilização gessada e posterior acompanhamento ortopédico, resultado satisfatório.

Sem complicações.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/10/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Com RX.

**Médico examinador:** Jorge Luiz Coelho Leite

**CRM do médico:** 5931

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 intenso - 75 %                                      | 18,75%           | R\$ 2.531,25                 |
| <b>Total</b>                                 |   |   | <b>18,75 %</b>   | <b>R\$ 2.531,25</b>          |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: HELENA DALVANY RODRIGUES SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02371-X

CONTA: 000010008448-6

---

Nr. da Autenticação E6D24225646F21C2

**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.**

Número do Sinistro: **3190042237**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO RAIMUNDO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Beatriz Gurgel Praxedes de Aquino, 311 - Santo Antônio - Mossoró - RN - CEP 59622-200**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /RN** ] **433.440**

Data e local do acidente: [ **02/09/2018** ]

**Avenida Rio Branco - Bairro Sta. Delmira - Município de Mossoró - RN.**

Data e local do exame: [ **30/01/2019** ] **Mossoró** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

***Traumatismo crânio encefálico (com hematoma fronto parietal esquerdo com pneumoencéfalo visto em TC) e trauma de face.***

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

***A vítima refere dor ao mastigar alimentos sólidos, anosmia pós -TCE e, nega outros sintomas neurológicos. Ao exame físico a vítima apresenta leve deformidade na região malar esquerda com limitação para abertura bucal.***

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

[ **X** ] Sim [   ] Não

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

***Tratamento conservador, pois as tomografias de crânio subsequentes, mostraram regressão do hematoma sem haver necessidade de cirurgia. Esteve internado em observação por 7 dias.***

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

[ **X** ] Sim [   ] Não

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

***Anosmia***

**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"

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)

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

Região Corporal (Sequela):

**Dano neurológico**

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

Região Corporal (Sequela):

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

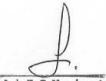
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Dr. Luis F. C. Nascimento  
ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4863

Luis Fernando Centi Nascimento - CRM: 4863 - RN