

Rio de Janeiro, 15 de Novembro de 2017

Carta nº: 11958776

A/C: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

Sinistro: 3170471361 ASL-0330273/17  
Vítima: MICHELLE EVANGELISTA PINTO  
Data Acidente: 08/07/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002261

Conta: 000004994-5

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 joelho 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





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINIS



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

24 AGO 2017

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MICHELLE EVANGELISTA PINTO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 32813279 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 28/12/2016  
 CPF 0328067785-08 / CNPJ 0000000000-00000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MICHELLE EVANGELISTA PINTO AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2263 N° da CONTA (com dígito, se existir) 4994-5

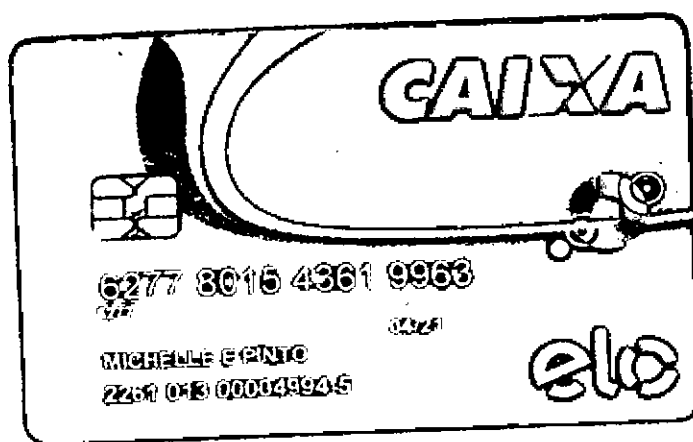
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITABAIANA, 17 de AGOSTO de 2017 Michelle Evangelista Pinto  
 SE LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

24 AGO 2017



# 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: 09/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02261

CONTA: 000000004994-5

---

Nr. da Autenticação BE9636BCADAF33A2

**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):** MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Endereço do(a) Examinado(a):** RUA 28 DE AGOSTO, 1086 - 1086 -

Itabaiana/SE - CEP 49500-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3.281.327-9 - SSP - 22/10/2015

**Data e Local do Exame :** 01/11/2017 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE  
- CEP 49010-310

**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)**

TRAUMA DE JOELHO COM FERIMENTO À DIREITA.

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++/+5), DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

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**

1.O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2.O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA DE JOELHO E SUTURA DO FERIMENTO, EVOLUIU COM INFECÇÃO DA FERIDA, SENDO REALIZADA A RETIRADA DOS PONTOS, DESBRIDAMENTOS CIRURGICS E INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO COM ANTIBIOTICO VENOSO, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2ª INTENÇÃO.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3.DATA DA ALTA DEFINITIVA 10/07/2017

4.NÃO HOUE COMPLICAÇÕES.

**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.**

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

**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 DIREITO.

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 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

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.

*Manoel Otacilio Nascimento Junior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditoria M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170471361 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MICHELLE EVANGELISTA PINTO **Data do acidente:** 08/07/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 27/10/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NÃO DEFINIDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170471361

**Cidade:** Itabaiana

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Data do acidente:** 08/07/2017

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Ferimento joelho direito

**Descrição do exame médico pericial:** MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA PERNA E TORNOZELO (MALÉOLO), AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO ÓSSEO), ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, DOR NA PERNA E TORNOZELO A PALPAÇÃO, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.  
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 06° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 20°)  
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 14° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 45°)

**Resultados terapêuticos:** sutura e antibioticoterapia

**Sequelas permanentes:** sim

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Paciente submetido a sutura por ferimento em joelho direito evoluindo com deiscência da sutura sendo internado para medicação endovenosa evoluindo com limitação funcional em joelho direito.

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** EDGARD DOS SANTOS PEREIRA JUNIOR

**CRM do médico:** 86995

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

