

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587905

A/C: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170471361 ASL-0330273/17**

**Vitima: MICHELLE EVANGELISTA PINTO**

**Data Acidente: 08/07/2017**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **24/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **08/07/2017**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório 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 **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11588241

A/C: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170471361 ASL-0330273/17

**Vitima:** MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Data Acidente:** 08/07/2017

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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, 27 de Outubro de 2017

Carta nº: 11877207

A/C: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

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

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, 15 de Novembro de 2017

Carta n°: 11958776

A/C: MICHELLE EVANGELISTA PINTO

**Sinistro:** 3170471361 ASL-0330273/17  
**Vitima:** 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:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	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%

<b>Valor a indenizar:</b> 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**

# 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: 00000004994-5

---

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 CIRÚRGICOS E INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO COM ANTIBIOTICO VENOSO, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2<sup>a</sup> INTENÇÃO.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3.DATA DA ALTA DEFINITIVA 10/07/2017

4.NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 Júnior*

Manoel Otacílio N  
Clínica e Auditório 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

**Valorização 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 PERNAS E PÉ DIMINUÍDA (+++/5), EM VIRTUDE DA DOR, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DA PERNAS E TORNOZELO (MALÉOLO), AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO ÓSSEO), ATROFIA DA PANTURRILHA POR DESUSO, DOR NA PENA E TORNOZELO A PALPAÇÃO, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, 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 desincôncia 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

<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 joelho	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

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:**

