

	<p><b>Protocolo Nº 20190724101701396</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da Comarca de ARACAJU</b> em 24/07/2019 10:17 por <b>KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</b></p>
--	---

#### DADOS DO PROTOCOLO

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201940600589

**Classe:** Procedimento Comum

<b>Dados do Processo Origem</b>			
<b>Número</b> 201940600589	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito	
<b>Guia Inicial</b> 201910040942	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 22/04/2019	

<b>Partes</b>		
<b>Tipo</b>	<b>CPF</b>	<b>Nome</b>
Requerente	03286778508	MICHELLE EVANGELISTA PINTO
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

<b>Anexos</b>		
	<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>
1	<a href="#">2614882_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_02.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2614882_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo.pdf</a>	Outros documentos

#### ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

[Imprimir](#)



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO VADT DA COMARCA DE ARACAJU/SE**

Processo: 201940600589

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MICHELLE EVANGELISTA PINTO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ARACAJU, 19 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**



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:

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 PINTOPORTADOR(A) DO RG Nº 32813279 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 28/12/2016CPF 032867785-08 /CNPJ 000000000000000000, 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 Lotéricas 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 \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº 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 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 226 Nº 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.

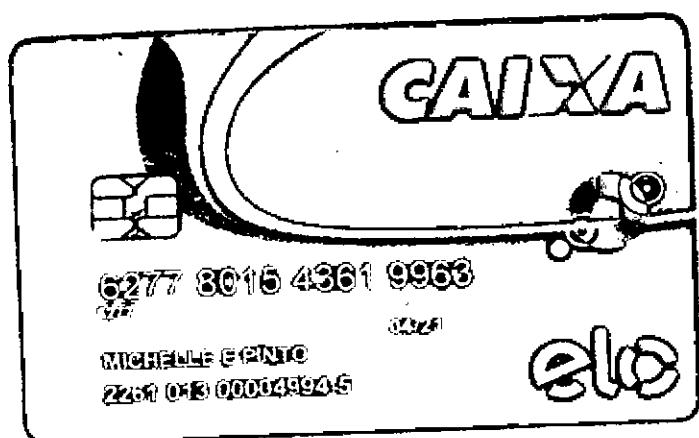
ITABAJANA - 17 de AGOSTO de 2017 Michelle Evangelista Pinto.  
SE LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## 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: 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 CIRURGICOS 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:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Tereza R de A Amorim".

# 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 (++/+) , FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (+++/+), 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 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:**

---

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:

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%

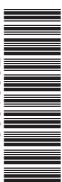
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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



# 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 CIRURGICOS 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 Otacilio 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

**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 (++/+) , FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA (+++/+), 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 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:**