

---

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** TAISA FLORIZA DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180263876

**Vitima:** TAISA FLORIZA DA SILVA

**Data do Acidente:** 15/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180263876**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **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, 18 de Junho de 2018

**Aos Cuidados de:** TAISA FLORIZA DA SILVA

**Sinistro:** 3180263876

**Vítima:** TAISA FLORIZA DA SILVA

**Data do Acidente:** 15/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 **3180263876** 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**



**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: 3180263876  
Nome do(a) Examinado(a): Taisa Floriza da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Cel Martiniano, 1255 Apt. 104  
Centro Caicó RN CEP: 59300-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002736523  
Data local do acidente: [ 15/07/2017 ]  
Data local do exame: [ 20/06/2018 ] Caicó [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM 15/07/2017, E TEVE FRATURA DE TERÇO SUPERIOR DA Perna DIREITA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL. COM AVULSÃO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FOI TRATADA CIRURGICAMENTE COM COLOCACÃO E PLACAS E PARAFUSOS NA TÍBIA PROXIMAL PARA FIXAÇÃO DAS FRATURAS COMINUTIVAS, COM AVULSÃO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: SÉRIO COMPROMETIMENTO NA MOBILIDADE DO JOELHO DIREITO COM IMPORTANTE LIMITAÇÃO FUNCIONAL NESTA ARTICULAÇÃO.**  
Data da Alta: 15/01/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO NO TERÇO SUPERIOR DA Perna DIREITA, E ATROFIA MODERADA NOS MÚSCULOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 Sim       Não

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

Sim       Não

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

**BLOQUEIO ACENTUADO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO, , ATROFIA DE MUSCULATURA, DIMINUIÇÃO DE FORÇA, CLAUDICAÇÃO, NÃO CONSEGUE SE AGACHAR, COM IMPOTÊNCIA E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

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 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

"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):

**JOELHO - Lado Direito**

% 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 à valoração do dano corporal.

**vítima apresenta sequela de grau severo e de caráter definitivo no joelho direito, acarretando um deficit funcional no membro inferior direito em torno de 75%.**

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Silvio Santos  
Médico Perito Legal  
CRF-RN 18.0101-B  
Mat. 0345508

# 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: 25/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: TAISA FLORIZA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00758

CONTA: 000000015407-9

---

Nr. da Autenticação E8D011D02EA3B0A0

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180263876      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TAISA FLORIZA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/07/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

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

**Data da análise:** 18/06/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paulo Artur de Araújo Amorim".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180263876      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TAISA FLORIZA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/07/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM 15/07/2017, E TEVE FRATURA DE TERÇO SUPERIOR DA PERNAS DIREITA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL. COM AVULSAO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO NO TERÇO SUPERIOR DA PERNAS DIREITA, E ATROFIA MODERADA NOS MÚSCULOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA RESULTADOS TERAPÊUTICOS INERENTES A ESTE TIPO DE FRATURA COM SEQUELAS IMPORTANTES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VITIMA APRESENTA SEQUELA DE GRAU SEVERO E DE CARÁTER DEFINITIVO NO JOELHO DIREITO, ACARRETANDO UM DEFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TORNO DE 75%.

**Médico examinador:** Silvio Santos

**CRM do médico:** 757

**UF do CRM do médico:** RN

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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180263876      **Cidade:** Caicó      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** TAISA FLORIZA DA SILVA      **Data do acidente:** 15/07/2017      **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO EM 15/07/2017, E TEVE FRATURA DE TERÇO SUPERIOR DA PERNAS DIREITA COMPROMETENDO O PLATÔ TIBIAL. COM AVULSAO DE FRAGMENTOS ÓSSEOS.

**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA DE BOM ASPECTO NO TERÇO SUPERIOR DA PERNAS DIREITA, E ATROFIA MODERADA NOS MÚSCULOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA RESULTADOS TERAPÊUTICOS INERENTES A ESTE TIPO DE FRATURA COM SEQUELAS IMPORTANTES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** VITIMA APRESENTA SEQUELA DE GRAU SEVERO E DE CARÁTER DEFINITIVO NO JOELHO DIREITO, ACARRETANDO UM DEFICIT FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM TORNO DE 75%.

**Médico examinador:** Silvio Santos

**CRM do médico:** 757

**UF do CRM do médico:** RN

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

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

**CRM do médico:** 21266

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**