

---

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA**  
  
Nº Sinistro: **3180505225**  
Vitima: **FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA**  
Data do Acidente: **17/01/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SILVIO SANTANA DOS SANTOS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

**Senhor(a),**

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180505225**.

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**

# 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: 01/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03887-3

CONTA: 000010050240-7

---

Nr. da Autenticação 5E95FFE8F78F9CE5

**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: **3180505225**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA JACQUELINE DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R 1153, 17 - CONJ CEARA - Fortaleza - CE - CEP 60060-295**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2003010440114**

Data e local do acidente: [ **17/01/2018** ]

**RUA VERONA - BAIRRO SÃO MIGUEL - CAUCAIA - CE.**

Data e local do exame: [ **23/01/2019** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO FÉMUR DIREITO (DIAFISÁRIA E SUPRACONDILIANA) FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA, LUXAÇÃO TÍBIO-FIBULAR PROXIMAL COM LESÃO DO COMPLEXO PÓSTERO-LATERAL DO JOELHO DIREITO COM LESÃO DE PARTES MOLES.**

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

**AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DERRAME ARTICULAR CRÔNICO NO JOELHO DIREITO, INSTABILIDADE LATERAL, DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS E, TEM IMPOSSIBILIDADE PARA O AGACHAMENTO. APRESENTA ENCURTAMENTO DE 3 CM DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E, LIMITAÇÃO SEVERA DE MOVIMENTOS DO QUADRIL, E DO JOELHO DIREITOS.**

**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 COM LIMPEZAS CIRÚRGICAS E, DESBRIDAMENTOS DE TECIDOS DESVITALIZADOS. TENTATIVA DE REPARAÇÃO DE TENDÕES, POSTERIOR FIXAÇÃO COM HASTE BLOQUEADA NO FÉMUR E NA TÍBIA. FEZ SEIS SESSÕES DE FISIOTERAPIA. TEVE ALTA COM DANO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

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

[ **X** ] Sim [    ] Não

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

**Limitação funcional do 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 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):

**Membro inferior 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  
a valoração do dano corporal.

Casemiro Dutra de M. Junior  
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE