



Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8487561

A/C: ANTONIO NILTON DA SILVA

Sinistro: 3160063130
Vitima: ANTONIO NILTON DA SILVA
Data Acidente: 21/09/2014
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.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o 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.dpvatsegurodotransito.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 ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160063130 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO NILTON DA SILVA **Data do acidente:** 21/09/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO ESQUERDO E FRATURA DO PLATÔ TIBIAL

Descrição do exame VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, COM PIORA APÓS LONGOS PERÍODOS DE DEAMBULAÇÃO. AO **médico pericial:** EXAME, CREPITAÇÕES À FLEXO-EXTENSÃO E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA COM USO DE FIXADOR EXTERNO PARA TRATAMENTO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO E LESÕES LIGAMENTARES DO JOELHO ESQUERDO NO DIA 26 DE AGOSTO DE 2015, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 28 DE AGOSTO DE 2015. EVOLUIU, MESMO APÓS TRATAMENTO FISIOTERÁPICO, COM LIMITAÇÃO A FLEXO-EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO AFETADA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/02/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: José Wellington Menezes

CRM do médico: 10432

UF do CRM do médico: CE

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 |
| | | Total | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |

PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**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

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO NILTON DA SILVA** Sinistro: **3160063130** Data: **21/09/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SAO JOSE DOROTEUS, SN - SAO JOSE - Reriutaba - CE - CEP 62260-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /CE**] **20162469289**

Data local do exame: [**18/12/2017**] **Guaraciaba do Norte** [**CE**]

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 EM JOELHO ESQUERDO E FRATURA DE PLATÔ TIBIAL. VÍTIMA REFERE DOR EM JOELHO ESQUERDO, COM PIORA APÓS LONGOS PERÍODOS DE DEAMBULAÇÃO. APRESENTA CREPITAÇÕES E LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO.**

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

VÍTIMA SUBMETIDA A CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA COM USO DE FIXADOR EXTERNO PARA TRATAMENTO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO E LESÕES LIGAMENTARES DO JOELHO ESQUERDO NO DIA 26 DE AGOSTO DE 2015, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 28 DE AGOSTO DE 2015. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

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.

Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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 (*).

() "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"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% 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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA POR MIM ANTERIORMENTE, QUANDO INDENIZEI A SEQUELA FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU SEVERO. MANTIDA A CONDUTA.


Dr. Wellington Melo
Médico
CRM/CE: 10432

DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

21 NOV 2014

Eu, Antônio Nilton da Silva
RG 2193607-92 data de expedição 06/11/92
Órgão MPF/CE CPF 001.765.793-05, venho
perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de
endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no
endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório
em nome de terceiro

Logradouro R. das Areias Tororó
Número 91 m
Bairro Das Areias
Cidade Levada
Estado Cláver
CEP

Por ser verdade, firmo-me.

Local e data. Levada

Antônio Nilton da Silva
Assinatura do beneficiário

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO NILTON DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05450-0

CONTA: 00000001711-6

Nr. Autenticação

BRADESCO19022016050000000002370545000000001711253125 PAGO