



Seguradora Líder - DPVAT

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](http://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](http://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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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 médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, COM PIORA APÓS LONGOS PERÍODOS DE DEAMBULAÇÃO. AO 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 susceptível 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

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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):

% 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

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  
CREMEC: 10432



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

21 NOV 2014

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURODORA

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, ANTONIO NILTON DA SILVA  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2195207-93 EXPEDIDO POR SPP-CC EM 06/07/93  
 CPF 0004745983-06 / CNPI 000000000000000000 PROFISSÃO USO DE BON  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 440,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Nilton da Silva, AUTORIZO A SEGURODORA 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, OBRIGATORIA CONTRA A CONTRIBUIÇÃO CASUAL

## Dia &amp; Noite

## Bradesco

BOI - Bradesco Dia e Noite  
 Transferência - CC p/ CC  
 Data 06/11/2014 Hora 11:51 Term 051300  
 N. Trans 443 Banco 237 Agência 5440  
 Conta 0522861-1 Valor 1,00

Favorecido:

Banco 237  
 Agência 5450 / RENTUTABA  
 Conta 0001711-6

Titular: ANTONIO NILTON DA SILVA

Nome: LUCIANA PEREIRA MARTINS  
 Tipo/Conta: 00 Via/Conta: 02

Cheque Expresso Bradesco.

São talão de cheques da Seguradora.

Sem pedir no balcão, nem esperar pelo correio.

Alto Bradesco  
 SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
 Cancelamentos, Reclamações e Informações  
 0800 704 8383

Deficiente Auditivo ou de fala - 0800 722 0099  
 Atendimento 24 horas / dias por semana

Ouvindoria - 0800 727 9933  
 Atendimento de segunda a sexta-feira das  
 8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
 Tenha um bom dia

DA  
 de  
 dos  
 RAL  
 ido,  
 ação  
 ante  
 resa

e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAU têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5450 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1711-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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.

Peruíbe 05 de 11 de 2014 ANTONIO NILTON DA SILVA  
 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.

## DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

21 NOV 2014

Eu, Antonio Nilton da Silva  
RG 2195202-92 data de expedição 06, 1, 92  
Órgão SSP/CE CPF 004.745.783-05, 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. Val Azeiteiro  
Número 511  
Bairro Parque  
Cidade Remimã  
Estado Alagoas  
CEP \_\_\_\_\_

Por ser verdade, firmo-me.

Local e data. Remimã 1ce

ANTONIO NILTON DA SILVA  
Assinatura do beneficiário

x

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: 000000001711-6

Nr. Autenticação

BRADESCO1902201605000000000023705450000000001711253125 PAGO