



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8451031

A/C: RILDO DANTAS DE BRITO

**Sinistro:** 3150995635  
**Vítima:** RILDO DANTAS DE BRITO  
**Data Acidente:** 01/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JAPIDA DE SANTANA TAVARES

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

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!

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:

03/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

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

CLIENTE: RILDO DANTAS DE BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 000000030867-8

---

Nr. da Autenticação 576F549FA617898C

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150995635

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RILDO DANTAS DE BRITO

**Data do acidente:** 01/08/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 18/01/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DE JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELAS

## 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

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**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): **RILDO DANTAS DE BRITO** Sinistro: **3150995635** Data: **01/08/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **R VER CAUBY BARROCA, 539, C - ROCAS - Natal - RN - CEP 59010-320**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Itep /RN** ] **001.719.844**

Data local do exame: [ **28/01/2016** ] **Natal** [ **RN** ]

**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 CONTUSO NO JOELHO DIREITO. LESÃO CORTO-CONTUSA DA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO. REFERE DOR E EDEMA NO JOELHO DIREITO. APRESENTA MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, COM DISCRETO EDEMA. CICATRIZ CIRÚRGICA DA LESÃO RELATADA ACIMA. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.**

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. **SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA CONTUSÃO DO JOELHO DIREITO E SUTURA DA LESÃO DESCRITA ACIMA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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 direito**

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 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 direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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

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.

*Rosa Maria Vaz dos Santos*

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150995635

**Cidade:** Natal

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** RILDO DANTAS DE BRITO

**Data do acidente:** 01/08/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO JOELHO DIREITO. LESÃO CORTO-CONTUSA DA FACE ANTERIOR DO JOELHO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** REFERE DOR E EDEMA NO JOELHO DIREITO. APRESENTA MARCHA LEVEMENTE CLAUDICANTE, COM DISCRETO EDEMA. CICATRIZ CIRÚRGICA DA LESÃO RELATADA ACIMA. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA CONTUSÃO DO JOELHO DIREITO E SUTURA DA LESÃO DESCRITA ACIMA. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/01/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dequitier Cavalho Machado*