



---

**Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2014**

**Carta nº: 5425537**

**A/C: ROBERTO PEREIRA DA SILVA**

**Sinistro:** 2014890852  
**Vitima:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA  
**Data Acidente:** 02/07/2014  
**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 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,





---

**Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2014**

**Carta nº: 5499409**

**A/C: ROBERTO PEREIRA DA SILVA**

**Sinistro:** 2014890852  
**Vítima:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA  
**Data Acidente:** 02/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 12 de Novembro de 2014

Carta n°: 5658609

A/C: ROBERTO PEREIRA DA SILVA

**Sinistro:** 2014890852  
**Vitima:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA  
**Data Acidente:** 02/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA

**Valor:** R\$ 2.531,25

**Banco:** 237

**Agência:** 000001102-9

**Conta:** 0000036125-9

**Tipo:** CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.531,25</b>

**Dano Pessoal:** Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

**Graduação:** Em grau intenso 75%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (75% de 25%) 18,75%

**Valor a indenizar:** 18,75% x 13.500,00 = R\$ **2.531,25**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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: 10/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: ROBERTO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01102-9

CONTA: 000000036125-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO101120140500000000002370110200000036125253125 PAGO

**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): Roberto Pereira da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dona Dolores da Escóssia, 70  
Abolição Mossoró RN CEP: 59612-620  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002387481  
Data local do exame: [ 03/11/2014 ] Mossoró [ 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 em joelho direito sem fratura, associada a escoriações, realizado tratamento conservador.**

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.

**Paciente vítima de queda de moto no dia 02/07/2014 em Mossoró/RN, apresentou trauma em joelho direito sem fratura, porém, com possível lesão ligamentar, associada a lesão escoriávitiva local, realizado assepsia, aposição de curativo, analgésicos, imobilização e AINES, sendo liberado após avaliação médica.**

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.

**Deformidade em valgo, limitação na flexão e extensão do joelho direito por possível lesão em ligamento cruzado anterior, associada a dor.**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(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 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):

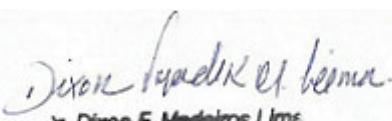
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Dixon F. Medeiros Lima  
CLÍNICO GERAL E CARDIOLOGIA  
CRM 5897

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014890852      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 02/07/2014      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 24/10/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO JOELHO E BRAÇO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das  
sequelas:

Documentos  
complementares:

Observações:

## 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

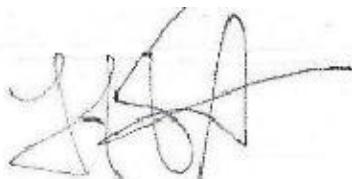
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014890852      **Cidade:** Mossoró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBERTO PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 02/07/2014      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Trauma em joelho direito sem fratura, associada a escoriações, realizado tratamento conservador.

**Descrição do exame** Deformidade em valgo, limitacao na flexão e extensão do joelho direito por possível lesão em ligamento cruzado  
**médico pericial:** anterior, associada a dor.

**Resultados terapêuticos:** Paciente vitima de queda de moto no dia 02/07/2014 em Mossoro/RN, apresentou trauma em joelho direito sem fratura, porem, com possível lesão ligamentar,associada a lesão escoriações local, realizado assepsia, aposição de curativo, analgésicos, imobilização e AINES, sendo liberado apos avaliação medica.

**Sequelas permanentes:** DANO GRAVE EM JOELHO D

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 03/11/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Dixon Fradik Medeiros Lima

**CRM do médico:** 5997

**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 Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

