



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2014

Carta nº: 5808938

A/C: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO

Sinistro: 2014931807  
Vítima: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO  
Data Acidente: 18/07/2014  
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: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000758-7

Conta: 0000025905-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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





Seguradora Líder - DPVAT

**Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2014**

**Carta nº: 5543820**

**A/C: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO**

**Sinistro: 2014931807**  
**Vitima: BENONE PAULINO DA SILVA FILHO**  
**Data Acidente: 18/07/2014**  
**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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014931807 **Cidade:** Mombaça **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BENONE PAULINO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 18/07/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSÃO DO PUNHO DIREITO, DO JOELHO DIREITO E DO PÉ DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, PUNHO DIREITO SEM INCAPACIDADE FUNCIONAL. LESÃO CICATRICAL NO JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO E INSTABILIDADE ARTICULAR. LESÃO CICATRICAL NO HÁLUX DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO JOELHO DIREITO E DO PÉ DIREITO. NÃO REALIZOU FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIREITO E DO HÁLUX DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/11/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Felipe Boaventura Apolinário

**CRM do médico:** 13234

**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 médio - 50%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50%	5 %	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

**PRESTADOR**


ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** LUCIA ANTUNES CHAGAS

**CRM do médico:** 52.95117-0

**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): **BENONE PAULINO DA SILVA FILHO** Sinistro: **2014931807** Data: **18/07/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **SÍTIO EXU, 21 - DT CARNAUBA - Mombaça - CE - CEP 63610-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2003029015150**

Data local do exame: [ **10/11/2014** ] **Pedra Branca** [ **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) **CONTUSÃO DO PUNHO DIREITO, DO JOELHO DIREITO E DO PÉ DIREITO. AO EXAME, PUNHO DIREITO SEM INCAPACIDADE FUNCIONAL. LESÃO CICATRICIAL NO JOELHO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO E INSTABILIDADE ARTICULAR. LESÃO CICATRICIAL NO HÁLUX DIREITO COM LIMITAÇÃO MODERADA DA MOBILIDADE E DOR À MANIPULAÇÃO. MARCHA CLAUDICANTE.**

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 FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA DO JOELHO DIREITO E DO PÉ DIREITO. NÃO REALIZOU 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 E DO HÁLUX 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

( ) "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 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):  
**HÁLUX DIREITO.**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( **X** ) 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.

  
Dr. Felipe Boaventura Apolinário  
Médico  
CRM-CE 13.234

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014931807 **Cidade:** Mombaça **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BENONE PAULINO DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 18/07/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA NO CORPO

**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:**

