

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2014

Carta nº: 4596934

A/C: JEUDA GILBERTO DA SILVA

**Sinistro:** 2014498948  
**Vitima:** JEUDA GILBERTO DA SILVA  
**Data Acidente:** 31/12/2013  
**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 Investprev Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2014

Carta nº: 4772082

A/C: JEUDA GILBERTO DA SILVA

Sinistro: 2014498948  
Vitima: JEUDA GILBERTO DA SILVA  
Data Acidente: 31/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

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: JEUDA GILBERTO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000029966-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Perda completa da mobilidade de um joelho, em grau médio = 18,75%	R\$	2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho, em grau intenso = 18,75%	R\$	2.531,25
Total avaliado:	R\$	2.531,25
Valor de Multa / Juros:	R\$	0,00

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



Rio de Janeiro, 04 de Maio de 2015

Carta nº: 6888934

A/C: JEUDA GILBERTO DA SILVA

Sinistro: 2014498948  
Vitima: JEUDA GILBERTO DA SILVA  
Data Acidente: 31/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

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**



# 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: 21/07/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: JEUDA GILBERTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000029966-5

---

Nr. da Autenticação 11B6D18B93487150

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014498948**Cidade:** Sousa**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JEUDA GILBERTO DA SILVA**Data do acidente:** 31/12/2013**Emissor do parecer:** Bismarck Heittmann**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A**Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda.**CRM do médico:** 3216

## PARECER

**Diagnóstico:** Contusão do joelho direito.**Descrição do exame médico pericial:** Diminuição dos movimentos de flexão e extensão do joelho direito, além de diminuição da força muscular do mesmo.**Resultados terapêuticos:** Periciando sequelado de trauma contundente em joelho direito, tratado conservadoramente com uso de imobilizador ortopédico por um período de 45 dias. Paciente teve alta definitiva em 11/2013.**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 14/07/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** José Gerardo Vale Matos**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda completa da mobilidade de um joelho

%	Dimensão	Graduação
25	1	75

**Valor avaliado:** 2.531,25

**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): **JEUDA GILBERTO DA SILVA** Sinistro: **2014498948** Data: **31/12/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SIT OLHO D AGUA, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58804-090**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **335520**

Data local do exame: [ **20/04/2015** ] **Pombal** [ **PB** ]

**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)  
**A vítima sofreu trauma contundente com ferimento na face lateral do joelho direito . Encontra-se com marcha um pouco claudicante, tem edema leve e cicatriz de ferimento na face lateral do joelho direito que apresenta limitação da flexão.**

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.

**Foi feita limpeza do ferimento e lavagem da cavidade articular e colocado dreno intra articular por 10 dias. Refere que ainda ficou com corpo estranho intra articular, porém não teve condições de fazer a cirurgia.**

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 grave no 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

( ) "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 ( ) 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.

**HÁ UM LAUDO REFERINDO LUXAÇÃO DO JOELHO, A QUAL NÃO CONSTATEI**

  
Dr. João Merez B. de Sousa  
Vit. Esp. Abamex N° 2223  
CRM 5401  
Médico do Tráfego

João Merez Bandeira de Sousa - CRM: 5401 - PB

**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): **JEUDA GILBERTO DA SILVA** Sinistro: **2014498948** Data: **31/12/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SIT OLHO D AGUA, SN - AREA RURAL - Sousa - PB - CEP 58804-090**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PE** ] **3355520**

Data local do exame: [ **14/07/2014** ] **Ioó** [ **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 joelho direito. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do joelho direito além de diminuição da força muscular do mesmo**

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.  
**Periciando sequelado de trauma contundente em joelho direito, tratado conservadoramente com uso de imobilizador ortopédico por um período de 45 dias. Paciente teve alta definitiva em 11/2013.**

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 opção 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 ( ) 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.



José Gerardo Vale Matos - CRM: 3216 - CE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014498948

**Cidade:** Sousa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEUDA GILBERTO DA SILVA

**Data do acidente:** 31/12/2013

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** A vítima sofreu trauma contundente com ferimento na face lateral do joelho direito

**Descrição do exame médico pericial:** Encontra-se com marcha um pouco claudicante, tem edema leve e cicatriz de ferimento na face lateral do joelho direito que apresenta limitação da flexão.

**Resultados terapêuticos:** Foi feito limpeza do ferimento e lavagem da cavidade articular e colocado dreno intra articular por 10 dias. Refere que ainda ficou com corpo estranho intra articular, porém não teve condições de fazer a cirurgia

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave no joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/04/2015

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** Já indenizado anteriormente com dano grave em joelho direito. De acordo com novo exame médico pericial, não houve agravos. Conduta mantida.

**Médico examinador:** Joo Merez Bandeira de Sousa

**CRM do médico:** 5401

**UF do CRM do médico:** PB

## 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

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

