

**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): Jose Roberto Madeira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Prof Joao Viana, 97
Centro Viçosa do Ceará CE CEP: 62300-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 112839986
Data local do exame: [02/06/2014] Tianguá [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)

PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DE LESÃO EM MID, COM SUTURA.

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?

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?

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.

REALIZADO SUTURA EM CORTE EM MID.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

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.

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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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

Márcio Leonardo B. Veras
Márcio Leonardo B. Veras
Médico
CRM 10269

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014349332 **Cidade:** Inhamuns **Natureza:** Invalidez
Vítima: JOSE ROBERTO MADEIRA **Data do acidente:** 25/01/2014 **Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A **Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda. **CRM do médico:** 10269

PARECER

Diagnóstico: LESÃO EM MID
Descrição do exame médico pericial: AUSÊNCIA DE SEQUELA DEFINITIVA
Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA EM CORTE EM MID
Sequelas permanentes:
Sequelas : Sem sequela
Data da perícia: 02/06/2014
Conduta mantida:
Observações:
Valor pleiteado: 13.500,00
Médico avaliador: Márcio Leonardo Bastos Veras
UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			
			Valor avaliado: 0,00



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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 Jose Roberto MadeiraPORTADOR(A) DO RE Nº 1128399-86 EXPEDIDO POR SSP-CE EM / /CPF 36318303349 (CNPJ) 00000000000000000000, PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DÉ R\$ 300 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Roberto. AUTORIZO A SEGURADORA 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

004029



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCOBANCO 237 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASILBANCO 001 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚBANCO 341 • AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGÊNCIA 0715 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 062530-6

C.P. (013)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL DATA / /

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

Jose Roberto Madeira ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.dpvtseguidotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0271.204.



AUTO-ATENDIMENTO - ag. Ibiapaba
DATA: 18/04/2014 HORA: 14:10:03
TERMINAL: 07851015 CONTROL: 278510150054

COMPROVANTE DE
TRANSFERÊNCIA DE VALORES

REMETENTE

CGC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA
CONTA : 013.00.066.459-7
NOME : ANTONIO FABIO DE ARAUJO

FAVORECIDO

CGC/AGÊNCIA : 0785 / IBIAPABA
CONTA : 013.00.068.538-6
NOME : JOSE ROBERTO MADEIRA

VALOR : 5,00

DATA DE EFETIVAÇÃO : 18/04/2014

DÉBITO REFAZIDO COM SUCESSO, O CREDITO
NA CONTA DE DESTINO SERÁ EFETUADO APÓS O
PROCESSAMENTO DA TRANSAÇÃO

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-728 0101

Outvidoria da CAIXA: 0800-725 7424

www.caixa.gov.br

