

# 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: 28/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: FRANCISCO ARNALDO MOTA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000057295-7

---

Nr. da Autenticação 5629B682EDD6B3F6

# 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: 06/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO ARNALDO MOTA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 000000057295-7

---

Nr. da Autenticação 2654937075776E4B

**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): **FRANCISCO ARNALDO MOTA SILVA** Sinistro: **2013587924** Data: **20/05/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Major Montenegro, 269 - VILA MANOEL SATIRO - Fortaleza - CE - CEP 60713-520**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **95002066110**

Data local do exame: [ **20/02/2014** ] **Fortaleza** [ **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)  
**TRAUMATISMO COM FRATURA NA COXA, JOELHO E NA PERNA DIREITA. VARIAS CICATRIZES CIRÚRGICAS SEM SINAIS DE COMPLICAÇÃO. EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS NO QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO DIREITOS**

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.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO. FEZ 10 SESSÕES DE 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 DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL, JOELHO E TORNOZELO DIREITOS**

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):  
**MEMBRO INFERIOR 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.

  
Antº Eusébio Teixeira Rocha  
Médico do Trabalho  
Mib nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90  
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15  
Antonio Eusébio T. Rocha - CRM: 4774 - CE

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Informações do Acidente

**Sinistro:** 2013587924

**Nome da Vítima:** FRANCISCO ARNALDO MOTA SILVA

**Local:** FORTALEZA

**Data do Acidente:** 20-05-2013

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

## Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X ) Sim      ( ) Não      ( ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

**Resposta:** TRAUMATISMO NO QUADRIL DIREITO COM LUXAÇÃO E FRATURA DO ACETÁBULO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSO. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM FRATURA DA TÍBIA DIREITA, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA USANDO PLACA E PARAFUSO. FEZ 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resposta:** CICATRIZ CIRÚRGICA SEM COMPLICAÇÃO NO QUADRIL E NO JOELHO DIREITOS. EDEMA RESIDUAL, ATROFIA MUSCULAR E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS QUADRIL E NO JOELHO DIREITOS.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: ( X ) Não      ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

**Resposta:**

b) Exames Complementares: (X ) Não      ( ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

**Resposta:**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) ( ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) ( X ) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**Resposta:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.**

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

(X ) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vitima).

( X ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vitima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (X ) 50% médio ( ) 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

### **Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador**

#### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: ANTONIO EUSEBIO TEIXEIRA

Registro no CRM: 4774

Local do Exame: FORTALEZA-CE

Data do Exame: **19/11/2013**

**Fortaleza, 19 de Novembro de 2013**



Antº Eusébio Teixeira Rocha  
Médico do Trabalho  
Mib nº 2270 Port. Nº 6 de 12/06/90  
CREMEC 4774 - CPF 376.928.284-15

**Assinatura do Médico Examinador – CRM**