

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**  
Vítima: **FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**  
Local: **CE-ITAINGA**  
Data do Acidente: **7/15/2011**

### Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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.

**FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRURGICA NA COXA DIREITA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

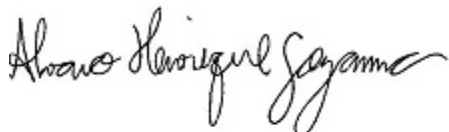
Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**  
**Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1**



**Dr. Alvaro H. Goyanna**  
**Médico**  
**CRM-RJ 52.95990-1**

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

## Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

### Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**  
Vítima: **FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA**  
Local: **CE-ITAINGA**  
Data do Acidente: **7/15/2011**

### Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM      b) ☐ NÃO      c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

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.

**FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM      b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias  
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

**APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRURGICA NA COXA DIREITA.**

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:  
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:  
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)  
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

**Segmento Anatômico**

1ª Lesão

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

Marque o percentual

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

**Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302**  
**Médico Revisor: ALVARO HENRIQUE GOYANNA CRM: 5295990-1**



**Dr. Alvaro H. Goyanna**  
**Médico**  
**CRM-RJ 52.95990-1**

Assinatura do médico revisor - CRM

**Informações Complementares**

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

Obs. 1: Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, Francisco Carmualino Sampaio Silva PORTADOR (A) DO  
RG Nº 92.002020337 EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 11/01/2008 E  
CPF 582.026.333-20 PROFISSÃO Ferreiro E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 NA  
QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO  
OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Francisco Carmualino Sampaio Silva  
AUTORIZO A SEGURADORA \_\_\_\_\_ A EFETUAR O  
RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Obs. 2: Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

**( ) CRÉDITO EM CONTA CORRENTE**

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/C \_\_\_\_\_

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

**(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 3880-6 C/P \_\_\_\_\_14.395 - 2**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

**( ) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

**REGDATA****27 MAR 2012**

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

Staitenigo - u 27/03/2012

LOCAL / DATA

Amalia Lidiá BATISTA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

CHALVES**Atenção**

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a 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 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep).
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a 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.

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
27/03/2012 - Autoatendimento - 15:19:48  
OUVIDORIA BB 0800 729 5678

346970690

0452

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

=====

FAVORECIDO	
CLIENTE	FRANCISCO C S SILVA
AGENCIA: 3880-6	CONTA: 14.395-2
VARIACAO	1
VALOR TOTAL *	2,00
NR. ENVELOPE	2.659.988.063

\* Valor sujeito a conferencia.

=====

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATE A OPERACAO  
SER PROCESSADA.

: Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

Conta Poupança  
Ag: 3880-6  
Conta: 14.395-2



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FRANCISCO CARMIALINO SAMPAIO SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03880-6

CONTA: 000010014395-4

---

Nr. da Autenticação 226FF49803E42318

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2012656266**Cidade:** Itaitinga**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FRANCISCO CARMIALINO  
SAMPAIO SILVA**Data do acidente:** 15/07/2011**Emissor do parecer:** Camila  
Monteiro  
dos  
Santos**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional  
Informações e Serviços**CRM do médico:** 6302

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.**Descrição do exame médico pericial:** APRESENTA ATROFIA DE QUADRÍCEPS FEMORAL DIREITO, LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL E JOELHO DIREITO, DEFICIT NA DEAMBULAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA NA COXA DIREITA**Resultados terapêuticos:** FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE IMPLANTES METÁLICOS.**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 20/03/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de um dos membros inferiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	25

**Valor avaliado:** 2.362,50