

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012656266**
Vítima: **FRANCISCO CARMALINO SAMPAIO SILVA**
Local: **CE-ITAITINGA**
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 FÉMUR 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(sequelas)

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 CIRÚRGICA 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 suscetível(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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). 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 vitima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vitima, 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 CARMALINO SAMPAIO SILVA**
Local: **CE-ITAITINGA**
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 FÉMUR 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(sequelas)

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 CIRÚRGICA 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 suscetível(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 integra do patrimônio físico e/ou mental da vitima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vitima). 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 vitima)
b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vitima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vitima, 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

1004039

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 Carmalino Sampaio Silva PORTADOR (A) DO
 RG nº 920002020337 EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 11/10/2008 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 Carmalino 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 _____

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.

Francisco Carmalino Sampaio Silva - 27/03/2012

LOCAL / DATA

Francisco Carmalino Sampaio Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

CHAVES

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, alem 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
348970690 0452

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM POUPANCA - DINHEIRO

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

* Valor sujeito a conferencia.

GUARDE ESTE COMPROVANTE ATÉ A OPERAÇÃO
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:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50