

# 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

Sinistro: **3160028136 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **FLABIANO DA SILVA LEANDRO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA 62 nº 319 - JEREISSATI III - MARACANAU/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003010236355 - SSP**

Data local do exame: **12/03/2016 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)

#### **CONTUSAO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

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

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

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

#### **TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.**

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.

#### **LIMITAÇÃO D ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO QUADRIL E FLEXÃO E EXTENSÃO DO JOELHO.**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em  dias

*Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica*

Exame não permite conclusão

*Vide motivo do impedimento no campo das observações*

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)

#### **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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(\*):

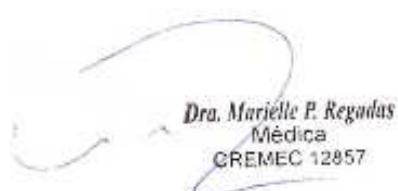
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - FORTALEZA, 12/03/2016**

**Médico Perito: MARIELLE PEREIRA REGADAS CRM: 12857**

  
**Dra. Marielle P. Regadas**  
Médica  
CREMEC 12857

Assinatura do perito Examinador - CRM



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta n°: 8916343

A/C: FLABIANO DA SILVA LEANDRO

**Sinistro:** 3160028136 ASL-0015842/16  
**Vitima:** FLABIANO DA SILVA LEANDRO  
**Data Acidente:** 14/08/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

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:** FLABIANO DA SILVA LEANDRO

**Valor:** R\$ 945,00

**Banco:** 104

**Agência:** 000003604

**Conta:** 0000012137-5

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	945,00

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

**Graduação:** Em grau residual 10%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (10% de 70%) 7,00%

**Valor a indenizar:** 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**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**





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 \*T1%\*

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_



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

FLABIANO DA SILVA LEANDRO

PORTADOR (A) DO RG Nº 2003010236355 EXPEDIDO POR SSP CE FM 03/01/2008  
 CPF/CNPJ Nº 000.470.853-98, PROFISSÃO MOTORISTA  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 788,00 ( \* ), NA QUALIDADE DE BENEFICIARIO (A) DO VALOR  
 REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA  
**FLABIANO DA SILVA LEANDRO** AUTORIZO A

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT EFETUAR O CREDITO, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para pagamento);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**COMPRESSEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A**

REC8. 28 OUT 2015

N2

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BB, BRASIL, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 9604 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 12437-5

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

MARACANAÚ - CE

15 de outubro de 2015

LOCAL E DATA

*Flabiano da Silva Leandro*  
 ASSINATURA DO(A) BENEFICIARIO (A)

## 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

16/10/2015 HORA: 14:10:35  
DATA EFETIVACAO: 16/10  
CONVENIO: 000534633  
OPERADOR: caixa2  
AGENCIA: 3604  
CONTA: 013.00012137-5  
NOME: FLABIANO DA SILVA LEANDRO  
-----  
VALOR: 5,00

COD.OPERACAO: 427368458  
=====

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIVO  
RIA - 0800 725 7474  
=====

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

0800 726 0101

(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

0800 726 2492

(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**

**0800 725 7474\***

(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**BACEN**

**0800 979 2345**

(Banco Central  
do Brasil)

# CAIXA

16870790  
BR0914

"Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos é de 07 anos, mas é preciso tomar alguns cuidados: não exponha o papel à luz do sol, lâmpadas fluorescentes, fontes de calor, umidade excessiva; evite também o contato direto com materiais plásticos, óleos ou produtos químicos.

**Serviço de Atendimento ao Consumidor**

**(SAC CAIXA)**

**[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)**

**0800 726 0101**

(informações, reclamações,  
sugestões e elogios)

**0800 726 2492**

(para pessoas com  
deficiência auditiva)

**Ouvidoria**

**0800 725 7474**

(denúncias e reclamações  
não solucionadas)

**BACEN**

**0800 979 2345**

(Banco Central  
do Brasil)

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO  
HORA: 14:10:35

16/10/2015 16/10  
DATA EFETIVACAO: 000534633  
CONVENIO: caixa2  
OPERADOR:  
AGENCIA: 3604  
CONTA: 013.00012137-5  
NOME: FLABIANO DA SILVA LEANDRO

VALOR: 5,00

COD.OPERACAO: 427368458

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 0101 DUVIDOO  
RIA - 0800 725 7474

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Duvidoria: 0800 725 7474

COMPREV SEGUROS  
É PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 28 OUT 2015

B

# 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: 18/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: FLABIANO DA SILVA LEANDRO

BANCO: 104

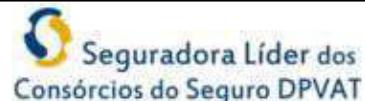
AGÊNCIA: 03604

CONTA: 000000012137-5

---

Nr. da Autenticação 1EE862CADA057514

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160028136      **Cidade:** Maracanaú      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLABIANO DA SILVA LEANDRO      **Data do acidente:** 14/08/2015      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** CONTUSAO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO D ABDUÇÃO E ROTAÇÃO DO QUADRIL E FLEXAO E EXTENSAO DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, MEDICAÇÃO. ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 12/03/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MARIELLE PEREIRA REGADAS

**CRM do médico:** 12857

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**