

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014156131 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CORBELIA nº 38 - TORROES - RECIFE/PE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 8724607 - SSP**
Data local do exame: **01/04/2014 RECIFE/PE**

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 CRANIO FACIL E LUXAÇÃO DA PERNA ESQUERDA.

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 complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE 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.

FACIES ASSIMÉTRICAS, COM QUEIXAS DE CEFALÉIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SEM SEQUELAS INCAPACITANTES.

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

☐ 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)

CRANIO FACIAL.

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

☐ 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:

PE - RECIFE, 01/04/2014

Médico Examinador/Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957


Dr. Flávio Eduardo Puro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do perito Examinador/Revisor - CRM

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: 03/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000061385-9

Nr. da Autenticação 76C1429254858D8E



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUNSCRICAO - VARZEA

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 14E0104001074

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 06/02/2014 às 09:30

OUTRAS OCORRENCIAS DE TRANSITO - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia 15/9/2013 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CIDADE UNIVERSITARIA (BAIRRO), 01, EM FRENTE AO TERMINAL DE ONIBUS DO ENGENHO DO MEIO** - Bairro: **CIDADE UNIVERSITARIA** - Município: **RECIFE** - Estado: **PERNAMBUCO** - País: **BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA / BR 101** - Próximo: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
EMPRESA BORBOREMA (AUTOR/AGENTE)
CARLA MARIA OLIVEIRA DA SILVA (NOTICIANTE)
JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EMPRESA BORBOREMA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - **JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **CARLA MARIA DA SILVA**; Pai: **JOAO SEVERINO BARBOSA DA SILVA** Data de Nascimento: **20/3/1988**; Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **8724607/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;
Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **NAO INFORMADO**
Endereço Residencial: **RUA CORBELIA, 38, 55000-000, TORROES, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

(NOTICIANTE) - **CARLA MARIA OLIVEIRA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**
Mãe: **ZIDETE MARIA DA SILVA**; Pai: **CARLOS ANTONIO PIRES DA SILVA** Data de Nascimento: **3/8/1977**; Nacionalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **4778890/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **NAO INFORMADO**; Escolaridade: **NAO INFORMADO**; Profissão: **NAO INFORMADO**;
Telefone de Contato: **NAO INFORMADO**; Telefone Celular: **87788139**
Endereço Residencial: **RUA CORBELIA, 38, 55000-000, TORROES, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL**
Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**
Dados Comerciais: **NAO INFORMADO**

EMPRESA BORBOREMA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

Endereço Comercial: **NAO INFORMADO**

Dados/Observações: **A NOTICIANTE NAO TEM NENHUM DADO DA EMPRESA BORBOREMA**



Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

ONIBUS (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EMPRESA BORBOREMA, que estava em posse do(a) Sr(a): EMPRESA BORBOREMA

Categoria/Marca/Modelo: ONIBUS / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NÃO INFORMADO

Cor: NAO INFORMADO - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: NÃO INFORMADO (RONDONIA / NÃO INFORMADO)

Descrição: A NOTICIANTE NAO TEM NENHUMA INFORMACAO SOBRE O ONIBUS.

Complemento / Observação

A NOTICIANTE INFORMOU QUE SUA FILHA VIAJAVIA NO ONIBUS DA BORBOREMA SENTIDO CEASA/CAXANGA, QUANDO MESMA PEDIU PARADA NA BR 101 EM FRENTE AO TERMINAL DE ONIBUS DE ENGENHO DO MEIO, QUANDO DESCIA O MOTORISTA ARRASTOU O ONIBUS FAZENDO COM QUE ELA CAÍSSE, SENDO SOCORRIDA PELA SUA VO PARA UPA D TORROES ONDE FOI ATENDIDA, PELO MOTIVO COMPARECEU A ESTA DP. PARA FAZER O REGISTRO, CASO AFETO DELEGACIA DELITO DE TRANSITO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA
SILVA
(VITIMA)

Carla Maria Oliveira da Silva
CARLA MARIA OLIVEIRA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE VITAL CORREIA - MAT. 127753-7





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 Carla Maria Oliveira da Silva PORTADOR(A) DO RG Nº 4.778.590 EXPEDIDO POR SDSIPE EM 06/08/11 E
CPF 906543234-53 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Autônoma
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusante NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joyce de Cassia Barbosa da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a construir 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 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 (Conta Econômica Feleira);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Locais 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 BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 0045 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00061385-9

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

LOCAL

Recife

DATA 03/02/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Carla Maria Oliveira da Silva

SINISTRO DPVAT

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

031-603891343-6

31/JAN/2014

HORA DE 13:46:25

LOT: 15.07377-1

TERM: 018077

LOCALIDADE: RECIFE

AG. VINCULADA: 0045

CONTROLE: 005440485

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0045 013 00061365-9

CARLA MARIA OLIVEIRA DA SILVA

VALOR

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

031-603891343-6

VIA DO CLIENTE

MBM
SEGURADORA

26 FEV. 2014

SINISTRO DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 702.683.434-70

Nome da Pessoa Física: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **17:12:41** do dia **03/02/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **F165.931E.F499.3257**

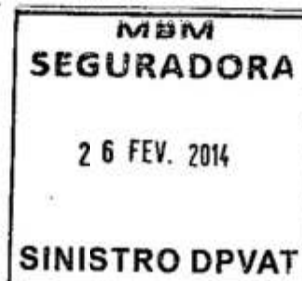
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



1004031





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 906.543.234-53

Nome da Pessoa Física: CARLA MARIA DA SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **17:12:05**: do dia **03/02/2014** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **6874.77DF.D77A.4D2D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



100403

MBM
SEGURADORA

26 FEV. 2014

SINISTRO DPVAT



Fisiomed

Dra. Luciene Coelho
Fisioterapia Respiratória e Motora

Atesto que atendi a Sra. Joyce
de Costa Barbosa de Silva,
a qual foi vítima de
ocidente de trânsito no dia
13/09/13 e que apresentou em
Politrauma e contusões cerebrais,
fracturas de ossos longos
e medicamentos, por ferir
defecia constante, diarreia
P) enxerga (diminuída de acuidade
visual), dor na perna E e
apresenta edema em hemipar
E.

Luciene P. Coelho
Fisioterapeuta
CREFT 0.4933-1

06/02/14

Av. Ministro Marcos Freire, 1516 SL. 305 Ed. Clinical Center Bairro Novo Olinda
Telefone: 81 9917.3262 / 8845.4472 fisiomedclinical@gmail.com

SEGURODORA

28 FEV. 2014

SINISTRO DPVAT

Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Dt. Nasc.: 20/03/96 - 17 ano (s)
Mãe: CARLA MARIA DA SILVA
Endereço: R CORBÉLIA, nº 38, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 16/09/2013 - 20:19

Nº registro: 313512
Sexo: Feminino
Fone: 8186049742
Nº pág.: 2/2

EXAME FÍSICO:

Peso: **Altura:** **IMC:** () **Temperatura:** °
PA: 110 x 80 mmHg **HGT:** mg/dL
EGR, EUP, COR, HID, AFEBRIL, CONSCIENTE E ORIENTADA
GLASGOW 15
RCR 2T BNF S/S; MV+ AHT S/RA
ABDOME SEM ALTERAÇÕES.
PRESENÇA DE EQUIMOSE BIPALPEBRAL EM OLHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES NA FACE.
DIFICULDADE PARA DEMBULAR.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S00 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA CABEÇA| CONTUSÃO CEREBRAL (DIFUSA) (S06.2)
S80 - TRAUMATISMO SUPERFICIAL DA PERNA| TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO TORNOZELO E DO PÉ (S90.-)

Resultados de Exames:

Evolução do paciente:

ENCAMINHO PARA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

Dr. ROBERTA DE CASTRO CHAVES CABRAL
CRM: 16162

MBM
SEGURADORA

26 FEV. 2014

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ROBERTA DE CASTRO CHAVES CABRAL. CRM: 16162. Data e Hora: 16/09/2013 20:19:01

Nome: JOYCE DE CASSIA BARBOSA DA SILVA
Dt. Nasc.: 20/03/96 - 17 ano (s)
Mãe: CARLA MARIA DA SILVA
Endereço: R CORBÉLIA, nº 38, TORRÕES. RECIFE - PE
Data/hora: 16/09/2013 - 20:19

Nº registro: 313512
Sexo: Feminino
Fone: 8186049742
Nº pag.: 1/2

FICHA DE ATENDIMENTO
CR: CLÍNICA MÉDICA - AMARELO

ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

- AVALIAÇÃO MÉDICA:
PACIENTE REFERE QUE HÁ CERCA DE 21h SOFREU QUEDA ENQUANTO DESCIA DE ÔNIBUS COM TRAUMA SOBRE A FACE E MIE, PORÉM NÃO PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA DE IMEDIATO, SÓ VINDO PARA ATENDIMENTO MÉDICO NESTE MOMENTO.
EVOLUI COM DOR INTENSA EM HEMIFACE ESQUERDA E MIE COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR.
NEGA VÔMITOS E REFERE QUE NÃO APRESENTOU NENHUMA ALTERAÇÃO DE CONSCIÊNCIA DURANTE O DIA DE HOJE.
NEGA ALERGIAS, HAS OU DM.

QUEIXA
- DOR E EDEMA EM FACE + MIE APÓS QUEDA DE ONIBUS ONTEM. REFERE DOR DE CABEÇA. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

ORIGEM
-

TIPO DE CHEGADA
-

OBSERVAÇÕES
-
CLINICO E ORTOPEDISTA

FLUXOGRAMA
- Quedas

DISCRIMINADOR
- Dor moderada *

COLETA AUTORIZADA?
- NAO

AVALIAÇÃO E MEDIDAS CLINICAS
- DOR 5
PULSO 76 REGULAR
GLASGOW 15
TEMPERATURA 36,5
DOR 5

ENCAMINHAMENTOS
- Clínica Médica

TRANSPORTADO POR
-

JUSTIFICATIVA
-



Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: ROBERTA DE CASTRO CHAVES CABRAL. CRM: 16162. Data e Hora: 16/09/2013 20:35:01.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José de Cassia Barbosa da SilvaRG nº 8.724.607, data de expedição 12/06/12, Órgão SDS PE

CPF nº 702.643.434-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. Corbúlia</u>
Número	<u>38</u>
Apto / Complemento	<u>Casa A</u>
Bairro	<u>TOMÓIS</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>50640-710</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 8776-3139 / (81) 8604-9743</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Recife, 03 de Fevereiro de 2014

Assinatura do Declarante:

José de Cassia Barbosa da Silva

SEGURADORA

26 FEV. 2014

SINISTRO DPVAT

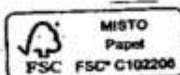


ZIDETE MARIA DA SILVA

RUA CORBELIA 38 A

TORROES/RECIFE
50640-710 RECIFE PE

Conta Contrato: 1364317014
Medidor: M58624
Un. Leitura: 12061112
Sequência: 00297
Poste: B052535



www.celpe.com.br

**MBM
SEGURADORA**

26 FEV. 2014

SINISTRO DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Joyce de Cassio Barbosa da Silva portador da carteira de
Identidade nº 8.724.607 e inscrito no CPF/MF sob o nº 702.683.434-70,
residente e domiciliado na Rua: Carbelia Nº 38 A Tamoios
Cidade Recife Estado PE, declaro, sob as penas da lei, que
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de
indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

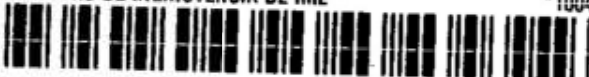
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de
prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo
superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração
permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº
6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia
concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu
conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



2 Cassio Barbosa da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife 03 de Fevereiro de 2014

Local e data



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014156131**Cidade:** Recife**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA**Data do acidente:** 15/09/2013**Emissor do parecer:** GABRIEL JOÃO
LOURENÇA DA
SILVA**Seguradora:** MBM SEGURADORA
S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro
Nacional Informações e
Serviços**CRM do médico:** 52575957

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO FACIAL E LUXAÇÃO DA PERNA ESQUERDA.**Descrição do exame médico pericial:** FACES ASSIMÉTRICAS, COM QUEIXAS DE CEFALEIA, TONTURAS E ESQUECIMENTO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SEM SEQUELAS INCAPACITANTES.**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ESTA DE ALTA MEDICA.**Sequelas permanentes:** APRESENTA SEQUELAS DE LESÕES CRÂNIO-FACIAIS. NÃO APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 01/04/2014**Conduta mantida:****Observações:** MEMBRO INFERIOR ESQUERDO SEM SEQUELAS.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** FLAVIO EDUARDO HADDAD**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	1	10
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	0

Valor avaliado: 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014156131**Cidade:** Recife**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JOYCE DE CASSIA
BARBOSA DA SILVA**Data do acidente:** 15/09/2013**Emissor do parecer:** Natalia Mendonça
de Araujo
Gonçalves**Seguradora:** MBM SEGURADORA
S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 377300

PARECER

Data da análise: 18/03/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA CRANIANO, FACIAL E PERNA ESQUERDA**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JORGE CAMPOS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

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: 03/04/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000000061385-9

Nr. da Autenticação 76C1429254858D8E