

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

004.670.443-41

Nome completo da vítima

FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>004.670.443-41</b>	Profissão
Endereço <b>PV TIJUCUSSU</b>		Número <b>S/N</b>	Complemento
Bairro <b>ESTRADA DA CAPONGA</b>	Cidade <b>CASCADEL</b>	Estado <b>CEARÁ</b>	CEP <b>62850-000</b>
Email			Telefone (DDD) <b>85 987193553</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <b>1958</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b>31762</b> (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <b>31762</b> (Informar dígito se existir)	D/V <b>8</b> (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Casimil-10 de Setembro de 2018

Local e Data

Francisco Salmiran Batista da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180583180 **Cidade:** Cascavel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA **Data do acidente:** 14/01/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo corto contuso do pé esquerdo com lesão dos extensores.  
Traumatismo corto contuso do cotovelo esquerdo.

**Descrição do exame médico pericial:** Bloqueio articular com lesão tendinosa do segundo ao quinto pododáctilos acarretando limitação funcional residual do pé esquerdo.  
Mobilidade preservada do cotovelo esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento cirúrgico dos traumatismos corto contusos (rafia das lesões).  
Não realizou fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 05/2018.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional residual do pé esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/12/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do pé esquerdo.

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**CRM do médico:** 9050

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

## PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

**Médico revisor:** SILVIO PANTALEAO GHIU

**CRM do médico:** 41141

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180583180

**Nome do(a) Examinado(a):** FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA

**Endereço do(a) Examinado(a):** PV TIJUCUSSU, SN - Cascavel/CE - CEP 62850-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 20084154292 - SSP - 14/08/2013

**Data e Local do Acidente :** 14/01/2018 - CASCABEL - CE

**Data e Local do Exame :** 27/12/2018 RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280 - FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

LESÃO DE PARTES MOLES NO COTOVELO ESQUERDO E LESÃO DE PARTES MOLES NO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE EXTENSORES

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO LESÃO NO COTOVELO E NO PÉ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO E RAFIA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA, SEM COMPLICAÇÕES, EM MAIO DE 2018.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

LESÃO TENDINOSA COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DE FLEXO-EXTENSÃO DO 2º AO 5º PODODÁCTILOS. MOBILIDADE PRESERVADA PARA O COTOVELO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [ ] Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [ ] Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

SEQUELA FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE

**VII. Segundo 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 (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

PÉ ESQUERDO

% do Dano ( X ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**



Dr. Greive Freitas Cavalcante  
- Médico - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE