



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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" (Pal, 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		FRANCISCO SALMIRAN BATISTA DA SILVA	CPF titular da conta	004.670.443-41	Profissão
Endereço		PV TIJUCUSSU	Número	S/N	Complemento
Bairro	ESTRADA DA CAPONGA	Cidade	CASCABEL	Estado	CEP 62850-000
					Telefone (DDD) 85 987193563
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV  
1958  31762  8  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome  NRO.

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV  
     
(Informar dígito se existir)  (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.

Londrina-PR, 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      **Data do acidente:** 14/01/2018      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

## 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 - CASCAVEL - 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 ELESÃO 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 (\*).**

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 () 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  
Médica - CRM 9050

---

GREIVE FREITAS CAVALCANTE CRM : 9050 / UF :CE