

# 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: **3150765389 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JORN NELSON FIRMO nº 415 - NOVA TRINDADE - SANTA RITA/PB**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número:

Data local do exame: **17/09/2015 JOAO PESSOA/PB**

### 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)

#### **FRATURA DE PUNHO DIREITO**

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.

#### **TTO CONSERV E ALTA MEDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

#### **DIFICULDADE DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO.**

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)

#### **PUNHO DIREITO.**

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(\*):

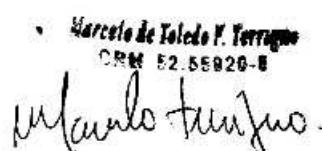
Total = "100% da IS"

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:

**PB - JOAO PESSOA, 17/09/2015**

**Médico Perito: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO CRM: 52.55920-8**

  
CRM 52.55920-8  
Marcelo Terrigno.

Assinatura do perito Examinador - CRM

---

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2015

Carta nº: 7768588

A/C: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES

**Sinistro:** 3150765389  
**Vítima:** JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA  
**Data Acidente:** 15/06/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2015

Carta n°: 7877496

A/C: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES

Sinistro: 3150765389  
Vitima: JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA  
Data Acidente: 15/06/2015  
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: JOSICLEIDE ESTEVAO GUIMARAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000026163-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

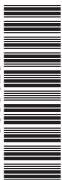
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

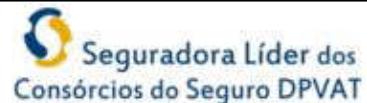
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150765389      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/06/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIFICULDADE DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TTO CONSERV E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150765389      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/06/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/09/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE RADIO DISTAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

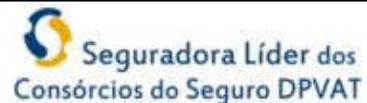
**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150765389      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO VITOR ESTEVAO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/06/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PUNHO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DIFICULDADE DA FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TTO CONSERV E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

## 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**