

# 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: 3150711675 - 1

Nome do(a) Examinado(a): ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA TENENTE JOÃO BATISTA DE OLIVEIRA nº 193 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 1.320.494 - SSP

Data local do exame: 01/10/2015 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)

**TCE- GLASGOW 15, COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIAO FRONTO-PARIETAL DIREITA**

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- SUTURA, COM 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.

**CEFALEIA POS-TRAUMATICA, SEM DEFICIT COGNITIVO OU MOTOR.**

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)

**SNC**

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.

**TCC NORMAL -**

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 01/10/2015

Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52.25889-0

Dra. Dores M. B. C. Mendes  
Médica Perita  
CRM-RJ 52 25889-0  
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2015

Carta n°: 7607437

A/C: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

**Sinistro:** 3150711675  
**Vitima:** ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA  
**Data Acidente:** 06/02/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **13/08/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/02/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2015

Carta nº: 7849454

A/C: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

**Sinistro:** 3150711675

**Vítima:** ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

**Data Acidente:** 06/02/2015

**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.

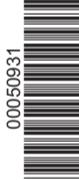
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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**





Seguradora Líder - DPVAT



Rio de Janeiro, 12 de Outubro de 2015

Carta n°: 7978884

A/C: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

Sinistro: 3150711675  
Vitima: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA  
Data Acidente: 06/02/2015  
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: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 000009110-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

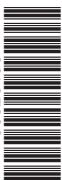
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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



# 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: 06/10/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: ROSELIA MARIA BERNARDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 00000009110-0

---

Nr. da Autenticação ED2E73630BF7C357

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150711675      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSELIA MARIA BERNARDO DA      **Data do acidente:** 06/02/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

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

**Data da análise:** 21/09/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

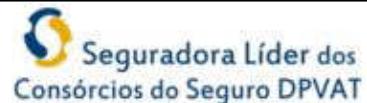
**Nome do médico:** PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

**CRM do médico:** 52-90632-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150711675      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSELIA MARIA BERNARDO DA      **Data do acidente:** 06/02/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE- GLASGOW 15, COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALEIA PÓS-TRAUMÁTICA, SEM DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR- SUTURA, COM ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

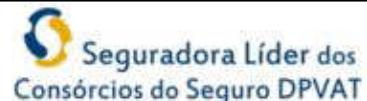
**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150711675      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSELIA MARIA BERNARDO DA      **Data do acidente:** 06/02/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
SILVA

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE- GLASGOW 15, COM FERIMENTO CORTO-CONTUSO EM REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** CEFALEIA PÓS-TRAUMÁTICA, SEM DÉFICIT COGNITIVO OU MOTOR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR- SUTURA, COM ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/10/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**