

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013263737**
Vítima: **MARIA SAMARA DA SILVA**
Local: **CE-SANTANA DO ACARAU**
Data do Acidente: **9/12/2010**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) SIM b) NÃO c) PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

MÃO DIREITA

PÉ DIREITO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO E FRATURA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA. FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROCLÍNICO CONSERVADOR, TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PÉ DIREITO E TRATAMENTO ORTOPÉDICO EM MÃO DIREITA.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) SIM b) NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) Disfunções apenas temporárias
b) Dano anatômico e/ou funcional definitivo(seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

APRESENTA-SE COM LEVE CEFALALGIA, TONTURA PÓS TRAUMÁTICA, LEVE DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO, ATENÇÃO E LEVE PERDA DE MEMÓRIA RECENTE E PASSADA.

APRESENTA DEFORMIDADE EM MÃO DIREITA E LEVE PERDA DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR DIREITA.

APRESENTA LIMITAÇÃO DA INVERSÃO E EVERSAO DO PÉ DIREITO EM GRAU MODERADO E MODERADA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) SIM, em que prazo:
b) NÃO

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)

b.2) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

MÃO DIREITA

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

PÉ DIREITO

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - SOBRAL, 6/7/2013

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302

Médico Revisor: MARIA DE FATIMA FURTADO VELOSO DE MELO CRM: 52495155

Dra. Fatima Furtado Melo
Médica Perita
CRM-RJ - 52 49515-5
Cadastro Nacional



Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO DPVAT -

Nº DO SINISTRO:

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, MARIA SAMARA DA SILVA

PORTADOR / A DO RG N° 200 82 58 305 - 0 EXPEDIDO POR SSP - CE EM 10 / 07 / 2012 E

CPF 0610038483 - 02 / CNPJ ██████████ - █████ - ███, PROFISSÃO ██████████

ESTUDANTE E RENDA MENSAL DE R\$ ██████████ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARIA SAMARA DA SILVA

██████████, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO _____ Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 5451-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA 1000335 - 0

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL SANTANA DO ALARÁJ DATA 18 / 04 / 2013

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Maria Samara da Silva

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



07 MAIO 2013

1. *Leucanthemum vulgare* L. (Lam.)

177



Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - CC p/ PL

Data 23/04/2013 Hora 16:38 Term 52372
N.Trans. 6147 Banco 237 Agencia 6461
Conta 533-9 Valor 2,00

Favorecido:

Banco 237
Agencia 6461 / SANTANA DO ACARAU
Conta 1000336-0

Titular: MARIA SAMARA DA SILVA

Nome: ANTONIA AURINEIDE PEREIRA
Tipo/Conta: 00 Via/Cartao: 01

Chéque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 3933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

"Obrigado"
"Tenha uma boa tarde"

07 MAIO 2013

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.112,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA SAMARA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05451-8

CONTA: 00001000335-0

Nr. Autenticação

BRADESCO11062013050000000002370545100001000335911250 PAGO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013263737	Cidade: Santana do Acaraú	Natureza: Invalidez
Vítima: MARIA SAMARA DA SILVA	Data do acidente: 12/09/2010	Emissor do parecer: Jessica de Oliveira Vidal
Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços	CRM do médico: 6302

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, FRATURA DOS OSSOS DO PÉ DIREITO E FRATURA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA.

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA-SE COM LEVE CEFALALGIA, TONTURA PÓS TRAUMÁTICA, LEVE DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO, ATENÇÃO E LEVE PERDA DE MEMÓRIA RECENTE E PASSADA. APRESENTA DEFORMIDADE EM MÃO DIREITA E LEVE PERDA DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR DIREITA. APRESENTA LIMITAÇÃO DA INVERSÃO E EVERSAO DO PÉ DIREITO EM GRAU MODERADO E MODERADA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA.

Resultados terapêuticos: FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROCLÍNICO CONSERVADOR, TRATAMENTO CIRÚRGICO EM PÉ DIREITO E TRATAMENTO ORTOPÉDICO EM MÃO DIREITA

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSE CENTRAL APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 07/06/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

UF do CRM do médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de uma das mãos	70	1	25
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	25
Perda funcional completa de um dos pés	50	1	50

Valor avaliado: 9.112,50