

# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

---

## Informações do Acidente

Processo: 2013722054  
Nome da Vítima: Antonio Jailson Pereira Braga  
Local do Acidente: MARACANAÚ - CE  
Data do Acidente: 06/09/2013

## Resultado da Avaliação apurada pelo Médico Examinador

---

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

☒ **Sim**    ☐ Não    ☐ Prejudicado

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

**Resposta: CABEÇA E MÃO ESQUERDA**

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.

**Resposta: DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO**

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

☐ Sim    ☒ **Não**

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que:

☐ Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de exame(s) complementar(es).

☐ O quadro cursa com disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação

☒ **O quadro cursa com dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.**

**TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO E FRATURA DO SEGUNDO E TERCEIRO DEDOS DA MÃO ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR  
CEFALEIA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO ESQUERDA**

V. 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 susceptível(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:

Com base no exame médico se pode documentar:

☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

☒ **Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas**

**parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)**

Em se tratando de enquadramento como 'parcial' informar se o dano é 'completo' ou 'incompleto':

( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

**(X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)**

Segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior		
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral		
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autônoma	<b>1ª Lesão</b>	<b>10% (residual)</b>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autônoma, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	<b>2ª Lesão</b>	<b>10% (residual)</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores		
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés		
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar		
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão		
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé		
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho		
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral		
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço		

## Identificação do Médico Examinador

---

Nome do Médico: André de Oliveira Leal

Registro no CRM: CE 52643610

Local do Exame: Fortaleza - CE

Data do Exame: 19/12/2013



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013722054**Cidade:** Maracanaú**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ANTONIO JAILSON PEREIRA  
BRAGA**Data do acidente:** 06/09/2013**Emissor do parecer:** Marcus  
Vinicius  
Carvalho  
Freire**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE  
VIDA E PREV. S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas  
de Saude Ltda.**CRM do médico:** 643610

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO E FRATURA DO SEGUNDO E TERCEIRO DEDOS DA MÃO ESQUERDA**Descrição do exame médico pericial:** CEFALEIA, DISTÚRBIO DO EQUILÍBRIO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA DA MÃO ESQUERDA**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** SEQUELA COGNITIVA RESIDUAL SEQUELA LEVE DA MAO**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 19/12/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** André de Oliveira Leal**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

## Dano

Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante  
Perda funcional completa de uma das mãos**% Dimensão Graduação**

100 1 10

70 1 25

**Valor avaliado:** 3.712,50



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, ANTONIO JAILSON PEREIRA BRAGAPORTADOR(A) DO RG Nº 2003025023166 (CNH)EXPEDIDO POR SGP-CEEM 20/03/2012CPF 0360077013-29 / CNPJ \_\_\_\_\_E RENDA MENSAL DE R\$ 678,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO JAILSON PEREIRA BRAGA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA 4347 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 1024-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL MARACANAÚ DATA 30/10/2013ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Antonio Jailson Pereira Braga

## 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 sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CAIXA AQUÍ

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

05/11/2013 HORA: 12:11:49

DATA EFETIVAÇÃO: 05/11

CONVENIO: 000537047

OPERADOR: 53704012

AGÊNCIA: 4371

CONTA: 013.0000.1627

NOME: ANTONIO JAILSON PEREIRA BRAGA

VALOR: 5,00

COD. OPERAÇÃO: 675608364

DISQUE CAIXA - 0800 726

0101 OUVIDORIA

RTA: 0800 726 7474

DISQUE CAIXA - 0800 726 0101

OUVIDORIA - 0800 726 7474

OUVIDORIA - 0800 726 7474

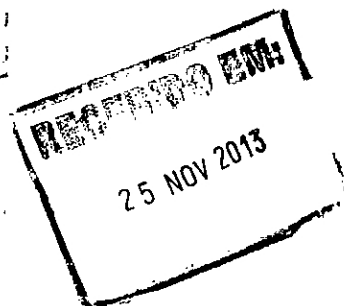
OUVIDORIA - 0800 726 7474

OUVIDORIA - 0800 726 7474

OUVIDORIA - 0800 726 7474

OUVIDORIA - 0800 726 7474

OUVIDORIA - 0800 726 7474



# 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: 24/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

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

CLIENTE: ANTONIO JAILSON PEREIRA BRAGA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04371

CONTA: 000000001627-7

---

Nr. da Autenticação D84E2518D86B85F1