

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/11/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: THIAGO DE CASTRO E SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00863-X

CONTA: 000010033424-5

---

Nr. da Autenticação C98ED61F9DC2A2EC

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014874747

**Cidade:** Beberibe

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** THIAGO DE CASTRO E SILVA

**Data do acidente:** 01/03/2014

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, CICATRIZ CIRURGICA EM ANTEBRAÇO. LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO. TTO CIRURG E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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

**CRM do médico:** 52559208

**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 anatômica completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50%	35 %	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

## PRESTADOR

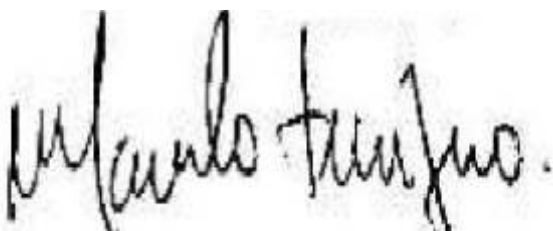
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCELO TERRIGNO

**CRM do médico:** 52.55920-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2014

Carta nº: 5391943

A/C: THIAGO DE CASTRO E SILVA

Sinistro: 2014874747  
Vitima: THIAGO DE CASTRO E SILVA  
Data Acidente: 01/03/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

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

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2014

Carta nº: 5633259

A/C: THIAGO DE CASTRO E SILVA

Sinistro: 2014874747  
Vítima: THIAGO DE CASTRO E SILVA  
Data Acidente: 01/03/2014  
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: THIAGO DE CASTRO E SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000863-X

Conta: 000010033424-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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



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

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **2014874747 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **THIAGO DE CASTRO E SILVA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **JOAO EPIFANIO nº 588 - PE ASSIS MONTEIRO - MORADA NOVA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2003032003965 - SSP**  
Data local do exame: **31/10/2014 FORTALEZA/CE**

### 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 OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO.

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 complicação.

#### FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO E COTOVELO ESQUERDO. T.T.O CIRURG E 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.

#### DOR, EDEMA, LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO DO PUNHO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, CICATRIZ CIRURGICA EM ANTEBRAÇO. LIMITAÇÃO FLEXO EXTENSÃO DO COTOVELO ESQUERDO, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO ESQUERDO.

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(\*).

☐ Vitima 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)

**MSE**

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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(\*).

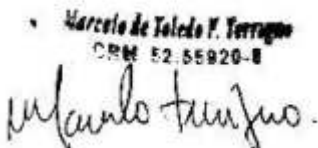
☐ Total = "100% da IS"

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:

**CE - FORTALEZA, 31/10/2014**

**Médico Perito: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO CRM: 5255920-8**

  
CRM 52 55920-8

Assinatura do perito Examinador - CRM