



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2014

Carta nº: 5258106

A/C: LARISSE CESAR ALMEIDA

**Sinistro:** 2014836536  
**Vitima:** LARISSE CESAR ALMEIDA  
**Data Acidente:** 30/04/2012  
**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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

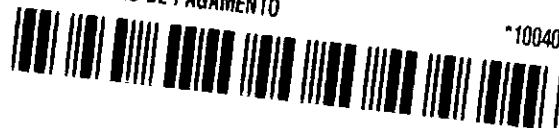
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



# **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT**

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

EU, LARISSE CESAR ALMEIDA PORTADOR (A) DORG Nº 10.273.299-4 EXPEDIDO POR SSP-CE EM (DATA) 01/03/2005 ECPF 02952323313 CNPJ \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ NA

QUALIDADE DE FAVORECIDO (A) - BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A  
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA

LARISSE CESAR ALMEIDA, AUTORIZO A  
BCS - SEGUROS S.A. A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO  
INDICADA:

1. ☒ CRÉDITO EM CONTA CORRENTENº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 0997-0 C/C 544218-42. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

3. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

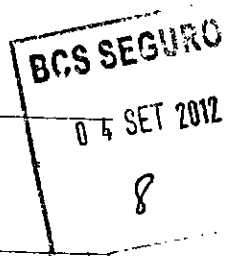
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

4. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_

5. ☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ C/P \_\_\_\_\_



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

CRATEUS 10 DE AGOSTO 2012

LOCAL / DATA

Larisse Cesar Almeida  
ASSINATURA DO FAVORECIDO (A) / BENEFICIÁRIO (A)



BCS SEGURO  
04 SET 2012  
9

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Larisse Cesar Almeida  
Endereço do(a) Examinado(a): Av. Sargento Herminio, 1399  
Centro Crateús CE CEP: 63700-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 102732294  
Data local do exame: [ 14/10/2014 ] Crateús [ 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)

**TRAUMATISMO NO PÉ ESQUERDO, TCE**

- 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?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- 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?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) 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.

**SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALIA, TONTURA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR COM EDEMA RESIDUAL**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**SISTEMA NERVOSO CENTRAL**

% do dano: (X) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**PÉ ESQUERDO**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- 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 valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

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

CLIENTE: LARISSE CESAR ALMEIDA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000544218-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1710201405000000000023700997000000544218303750 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014836536

**Cidade:** Crateús

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** LARISSE CESAR ALMEIDA

**Data do acidente:** 30/04/2012

**Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

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

**Data da análise:** 07/10/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** Trauma na face

**Resultados terapêuticos:** Documentação não apresenta registro médico que permita conclusão

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** O exame deverá apurar a existência de dano permanente indenizável

## 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:** ARNALDO KACELNIK

**CRM do médico:** 52.31291-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014836536 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LARISSE CESAR ALMEIDA **Data do acidente:** 30/04/2012 **Seguradora:** SEGURADORA LIDER  
DPVAT - REGULAÇÃO

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO NO PÉ ESQUERDO, TCE

**Descrição do exame médico pericial:** SEQUELA FUNCIONAL POR CEFALIA, TONTURA, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO PLANTAR COM EDEMA RESIDUAL

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO SEM FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA

**Sequelas permanentes:** DANO LEVE DO PÉ D.  
DANO RESIDUAL NEUROLÓGICO COGNITIVO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25%	12,5 %	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

