

**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: **3180194194**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DA GUIA QUEIROZ**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA GEN PERICLES nº 53 - ILHA DE SANTA LUZIA - MOSSORÓ/RN**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 237649 - SSP**

Data e local do acidente: **07/03/2018 MOSSORÓ/RN**

Data e local do exame: **20/06/2018 MOSSORÓ/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RÁDIO E URNA ESQUERDOS

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA-PARAFUSO PARA FRATURA DE RÁDIO E
FIOS DE KIRSCHNER PARA FRATURA DE URNA**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

LIMITACAO PARA FLEXAO, EXTENSAO, DESVIO ULNAR E DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITACAO PARA FLEXAO, EXTENSAO, DESVIO ULNAR E DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo 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

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

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

Região Corporal(Sequela): **PUNHO ESQUERDO**

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%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico Perito: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO CRM:7629/RN

*Dr. Tarcísio Bessa C. Filho
MÉDICO
CRM/RN 7629*

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

Autorização de pagamento

Administradora de Seguro DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

156.823.154-72

Nome completo da vítima

MARIA DA GUIA QUEIROZ

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	MARIA DA GUIA QUEIROZ	CPF titular da conta	156.823.154-72	Profissão	APOSENTADA
Endereço	RUA GEMERAL PERICLES	Número	49	Complemento	
Bairro	1611A DE SANTA LÚCIA	Cidade	MOSSORÓ	Estado	RN
Email	PPAULO.QSS@GMAIL.COM	CEP	59625060	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	CONTA NRO	BANCO NOME	
4393 -	1605	MARIA DA GUIA QUEIROZ	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	D/V	NRO
15	15	15	15
CONTA CORRENTE (todos os bancos) AGÊNCIA NRO			
4391 -	1605	D/V	D/V
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	1605	15
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mossoró, 12 de Abril de 2018

Local e Data

Maria da Guia Queiroz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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: 29/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA GUIA QUEIROZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04391-5

CONTA: 000010001605-7

Nr. da Autenticação 306C472845B0D354

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194194 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA GUIA QUEIROZ **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: fratura de perna esquerda

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, EVOLUI COM SEQUELA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELA.

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Reginaldo Wanis".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180194194 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA GUIA QUEIROZ **Data do acidente:** 07/03/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DISTAL DE RADIO E ULNA ESQUERDOS.

Descrição do exame médico pericial: LIMITACAO PARA FLEXAO, EXTENSAO, DESVIO ULNAR E DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA-PARAFUSO PARA FRATURA DE RADIO E FIOS DE KIRSCHNER PARA FRATURA DE URNA.
LIMITACAO PARA FLEXAO, EXTENSAO, DESVIO ULNAR E DESVIO RADIAL DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/06/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

OBS: VÍTIMA JÁ INDENIZADA SOB O SINISTRO 2013/828185, OCORRIDO EM 26/12/2012, NO VALOR DE R\$ 2.531,25 REFERENTE A 75% DA LESÃO NO OMBRO DIREITO.

Médico examinador: TARCISIO BESSA CAVALCANTE FILHO

CRM do médico: 7629

UF do CRM do médico: RN

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: