

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2013165376**
Vítima: **ERILSON ALVES LEITAO**
Local: **CE-CAUCAIA**
Data do Acidente: **11/3/2012**

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);

COTOVELO ESQUERDO E TORNOZELO ESQUERDO.

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.

**FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.
LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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.

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.**

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

COTOVELO ESQUERDO.

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

2ª Lesão

TORNOZELO ESQUERDO.

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

10% 25% 50% 75%

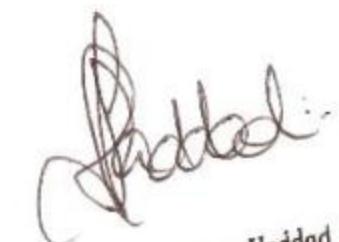
4ª Lesão

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:

Médico Perito:**Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957**
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

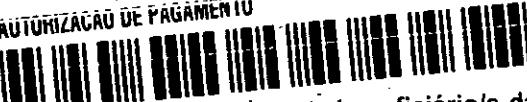
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

DORA)

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a 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, Erilson Alves LeitãoPORTADOR/A DO RG Nº 94012027241

EXPEDIDO POR SSP CE EM 31/05/99, CPF / CNPJ

Nº 796263273-91 PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO

OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Erilson Alves LeitãoAUTORIZO A SEGURADORA Bancorim

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 _____ N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

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

Nº CONTA POUPANÇA _____

013

 CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALNº BANCO 104 N° AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0926Nº CONTA POUPANÇA 120673-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
 UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / 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.

LOCAL Fortaleza DATA 07/03/13ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A Erilson Alves Leitão

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 andamento do pedido da indenização, acesse www.dpvat.com.br ou ligue (21) 4009-1709, de segunda a sexta-feira, de 8h às 18h.

- 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.



AUTO-ATENDIMENTO - BEZERRA DE MENEZES
DATA: 07/03/2013 HORA: 14:56:22
TERMINAL: 09261015 CONTROLE: 092610150153

AGÊNCIA: 0926 - BEZERRA DE MENEZES
CONTA : 013.00.120.673-3
CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE
DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
DATA

| DATA | VALOR |
|-------|-------|
| 01/03 | 0,84 |

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR. DOB HISTÓRICO VALOR

| SALDO ANTERIOR | VALOR |
|----------------|-------|
| | 0,84C |

Marco

| | | |
|--------------|------------|-------|
| 01/03 000000 | REM BASICA | 0,00C |
|--------------|------------|-------|

RESUMO EM 06/03
SALDO

| |
|-------|
| 0,84C |
|-------|

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL 0,00
SALDO TOTAL 0,84C
0,84C

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800-726 7474
www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
caixa.gov.br/voce

25/04/2013

- BANCO DO BRASIL -

9:04:57

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTOS: TED - OUTRA TITULARIDADE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 00.000.611.000-2

=====

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 18/04/2013

NÚMERO DO DOCUMENTO: 123456789012

VALOR TOTAL: 2.531,25

***** TRANSFERIDO PARA :

CLIENTE: ERILSON ALVES LEITAO

BANCO : 104 - Banco 104

AGÊNCIA : 092-6

CONTA : 000001206733

=====

Nr. Autenticação: 9.50E.B55.8EF.569.C70

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

| | | |
|--|--|--|
| Número: 2013165376 | Cidade: Caucaia | Natureza: Invalidez |
| Vítima: ERILSON ALVES LEITAO | Data do acidente: 03/11/2012 | Emissor do parecer: Carlos Antonio Correa de Carvalho |
| Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A | Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços | CRM do médico: 52575957 |

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO RESIDUAL DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO A ESQUERDA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO ASSIMÉTRICO, COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO TORNOZELO A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO. APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas : Com sequela

Data da perícia: 15/04/2013

Conduta mantida:

Observações:

Valor pleiteado: 6.750,00

Médico avaliador: FLAVIO EDUARDO HADDAD

UF do CRM do médico:

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|--|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos | 25 | 1 | 25 |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 | 1 | 50 |

Valor avaliado: 2.531,25