

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 medico 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 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:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra 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

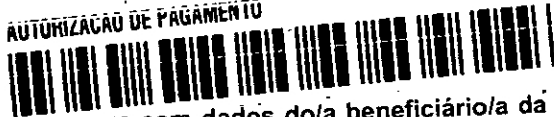
Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Nº DO SINISTRO



(JORA)

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 Leites
 PORTADOR / 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 Leites
 AUTORIZO A SEGURADORA _____
 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 _____ Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
 Nº CONTA POUPANÇA _____

(X) CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) 0926 013
 Nº 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 07/03/13

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A

Erilson Alves Leites

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

AGENCIA: 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

01/03

VALOR

0,84

MOVIMENTAÇÃO

DATA NR.DOC HISTÓRICO

VALOR

SALDO ANTERIOR

0,84C

Março

01/03 000000 REM BASICA

0,00C

RESUMO EM 06/03

SALDO

0,84C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

0,00

SALDO DISPONIVEL

0,84C

SALDO TOTAL

0,84C

RECEBIDO EM:

21 MAR 2013

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria 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:** TRATAMENTO CONSERVADOR.**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:** RJ

DANOS

Dano

Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos
Perda completa da mobilidade de um tornozelo

%	Dimensão	Graduação
25	1	25
25	1	50

Valor avaliado: 2.531,25