

# 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: **3160487557 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO GONCALVES PEREIRA**  
Endereço do(a) Examinado(a): **FZ MUFUMBAL nº 00 - ZONA RURAL - RERIUTABA/CE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 164020088 - SSP**  
Data local do exame: **07/02/2017 GUARACIABA DO NORTE/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 DO OMBRO DIREITO

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.

**VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA PARA TRATAMENTO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, EVOLUINDO COM GRANDES DIFICULDADES PARA EXECUTAR OS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo seqüela(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.

#### IMPORTANTE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO

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

☐ Sem seqüela 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)

#### OMBRO DIREITO

☐ 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.

#### MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

**CE - GUARACIABA DO NORTE, 07/02/2017**

**Médico Perito: JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE MENEZES CRM:10432/CE**

  
Dr. Wellington Melo  
MÉDICO  
CREMEC: 10432

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160487557

**Cidade:** Reriutaba

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO GONCALVES PEREIRA

**Data do acidente:** 02/04/2016

**Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO  
BRASIL S/A

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

**Data da análise:** 02/02/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

## 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

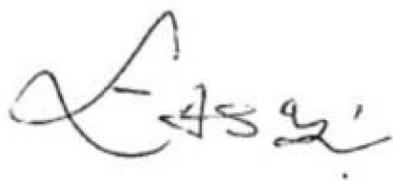
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160487557 **Cidade:** Reriutaba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO GONCALVES PEREIRA **Data do acidente:** 02/04/2016 **Seguradora:** NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO OMBRO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** IMPORTANTE LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A IMOBILIZAÇÃO DO OMBRO DIREITO COM TIPOIA AMERICANA PARA TRATAMENTO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL, EVOLUINDO COM GRANDES DIFICULDADES PARA EXECUTAR OS MOVIMENTOS DESTA ARTICULAÇÃO. REALIZADO TRATAMENTO FISIOTERÁPICO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/02/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE WELLINGTON FARIAS MELO BEZERA DE ME

**CRM do médico:** 10432

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## 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:**





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10436762

A/C: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160487557 ASL-1000728/16  
**Vítima:** ANTONIO GONCALVES PEREIRA  
**Data Acidente:** 02/04/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

**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 a 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 NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10580232

A/C: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Sinistro: 3160487557 ASL-1000728/16  
Vítima: ANTONIO GONCALVES PEREIRA  
Data Acidente: 02/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO ELIEZIO PEREIRA OLIVEIRA

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: ANTONIO GONCALVES PEREIRA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000002521-6

Conta: 000010006756-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

