

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: **3150765686 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO BARROS COSTA**
Endereço do(a) Examinado(a): **R ASSIS MANGABA nº 1520 - OLHO D'ÁGUA - EUSEBIO/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 158870288 - SSP**
Data local do exame: **21/09/2015 FORTALEZA/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)

LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE 30 QD ESQ E TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIR; TRAUMA CRANIOFACIAL

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.

TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES, COM REDUÇÃO INCRUENTA DO 30 QD ESQ

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.

SEM SEQUELA FUNCIONAL CRANIOFACIAL. LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO DIR E MODERADA DA FLEXÃO COMPLETA DO 30 QD ESQ;

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)

30 QD ESQ

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

CRANIOFACIAL

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

PUNHO DIR

☐ 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(*).

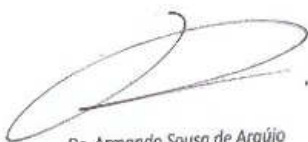
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - FORTALEZA, 21/09/2015

Médico Perito: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO CRM: 52.53331-5


Dr. Armando Sousa de Araújo
Médico Perito
CRM-RJ 52.5333-15
Cadastro Nacional

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2015

Carta nº: 7717056

A/C: ANTONIO BARROS COSTA

Sinistro: 3150765686
Vitima: ANTONIO BARROS COSTA
Data Acidente: 26/01/2015
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, 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, 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Setembro de 2015

Carta nº: 7809635

A/C: ANTONIO BARROS COSTA

Sinistro: 3150765686
Vítima: ANTONIO BARROS COSTA
Data Acidente: 26/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2015

Carta nº: 7909722

A/C: ANTONIO BARROS COSTA

Sinistro: 3150765686
Vítima: ANTONIO BARROS COSTA
Data Acidente: 26/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 BARROS COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000004254

Conta: 000005733-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Complemento por reanálise 0%

% Invalidez Permanente DPVAT: (0% de 100%) 0,00%

Valor a indenizar: 0,00% x 13.500,00 =	R\$	0,00
--	-----	------

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150765686

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO BARROS COSTA

Data do acidente: 26/01/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE 3º QD ESQ E TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIR; TRAUMA CRANIOFACIAL

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELA FUNCIONAL CRANIOFACIAL. LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO DIR E MODERADA DA FLEXÃO COMPLETA DO 3º QD ESQ;

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES, COM REDUÇÃO INCRUENTA DO 3º QD ESQ

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODACTILO ESQUERDO.
NÃO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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
trauma, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150765686

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO BARROS COSTA

Data do acidente: 26/01/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/09/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA NOS MEMBROS

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA (BAM INCONCLUSIVO)

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

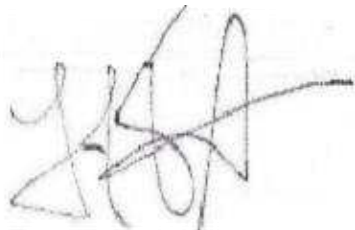
AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

CRM do médico: 52.31474-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150765686

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANTONIO BARROS COSTA

Data do acidente: 26/01/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE 3º QD ESQ E TRAUMA CONTUSO NO PUNHO DIR; TRAUMA CRANIOFACIAL

Descrição do exame médico pericial: SEM SEQUELA FUNCIONAL CRANIOFACIAL. LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXOEXTENSÃO DO PUNHO DIR E MODERADA DA FLEXÃO COMPLETA DO 3º QD ESQ;

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES, COM REDUÇÃO INCRUENTA DO 3º QD ESQ

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 2º QUIRODACTILO ESQUERDO.
NÃO APRESENTA DÉFICIT FUNCIONAL CRÂNIO FACIAIS.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/09/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: ARMANDO SOUSA DE ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

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
trauma, causando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie,	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

