

---

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

Nº Sinistro: 3180000179

Vitima: JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA

Data do Acidente: 07/12/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIANO CAVALCANTE DE ASSIS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180000179**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: **3180000179 - 1**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CACHOEIRA ALEGRE nº 1220 - MONDUBIM - FORTALEZA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20150997021 - SSP**

Data local do exame: **05/01/2018 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)

**FRATURAS DO FEMUR DIREITO- TRANSTROCANTERIANA E DA DIAFISE. FRATURA DO PLATEAU TIBIAL 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 complicações.

**TRATAMENTO CIRURGICO- OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS NO FEMUR E 2 PARAFUSOS NO PLATEAU TIBIAL.**

**VITIMA APRESENTA 2 CICATRIZES CIRURGICAS NA COXA DIREITA E EM REGIAO DO PLATEAU TIBIAL LATERAL A DIREITA. LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSAO DO JOELHO, DA FLEXAO DO QUADRIL, ENCURTAMENTO CLINICO LEVE DA COXA, EDEMA DA Perna DIREITA E CLAUDICACAO SEM AUXILIO.**

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

SIM  NÃO

Existindo sequela(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.

### DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR 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 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

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) Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%  10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%  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 - FORTALEZA, 05/01/2018**

**Médico Perito: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM:52.25889-0/RJ**

**Dra. Dores M. B. C. Mendes**  
Médica Perita  
CRM-RJ 52.25889-0  
Cadastro Nacional

*Dores Mendes*

Assinatura do perito Examinador - CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180000179      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA      **Data do acidente:** 07/12/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO FEMUR E PLATO TIBIAL DIREITO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQUELA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/MI DIREITO:50% DE 70% = 35%

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180000179      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA      **Data do acidente:** 07/12/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS DO FEMUR DIREITO- TRANSTROCANTERIANA E DA DIAFISE. FRATURA DO PLATEAU TIBIAL DIREITO

**Descrição do exame** DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO  
médico pericial:

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSINTESE COM PLACAS E PARAFUSOS NO FEMUR E 2 PARAFUSOS NO PLATEAU TIBIAL.  
VITIMA APRESENTA 2 CICATRIZES CIRÚRGICAS NA COXA DIREITA E EM REGIAO DO PLATEAU TIBIAL LATERAL A DIREITA. LIMITACAO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO, DA FLEXÃO DO QUADRIL, ENCURTAMENTO CLINICO LEVE DA COXA, EDEMA DA Perna DIREITA E CLAUDICACAO SEM AUXILIO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** OBS - MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR

**Médico examinador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARIA DE FATIMA FURTADO MELO

**CRM do médico:** 52.49515-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**