

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** 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

Carta nº 12154343



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: **3180000179 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **JOSE OCELIO DA SILVA BEZERRA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA CACHOEIRA ALEGRE n° 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 complicação.

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(*).

☐ Vitima 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)

MEMBRO INFERIOR 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 - 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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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 médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO- OSTEOSINTESE 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.

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
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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:

