
Rio de Janeiro, 31 de Março de 2017

Carta nº: 10759967

A/C: MARIA SALDANHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170178352 ASL-0110373/17

Vitima: MARIA SALDANHA DA SILVA

Data Acidente: 06/11/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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 inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10775895

A/C: MARIA SALDANHA DA SILVA

Sinistro: 3170178352 ASL-0110373/17
Vítima: MARIA SALDANHA DA SILVA
Data Acidente: 06/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2017

Carta nº 10823525

A/C: MARIA SALDANHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170178352 ASL-0110373/17
Victima: MARIA SALDANHA DA SILVA
Data Acidente: 06/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2017

Carta nº 10916731

A/C: MARIA SALDANHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170178352 ASL-0110373/17
Vitima: MARIA SALDANHA DA SILVA
Data Acidente: 06/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2017

Carta n°: 11020653

A/C: MARIA SALDANHA DA SILVA

Sinistro: 3170178352 ASL-0110373/17
Vitima: MARIA SALDANHA DA SILVA
Data Acidente: 06/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: LUIZ FRANCISCO SILVESTRE

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: MARIA SALDANHA DA SILVA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000000032

Conta: 0000074524-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ **7.087,50**

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

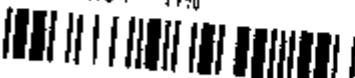
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, Maria SALDANHA da SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 93002185385 EXPEDIDO POR SS P - CE EM 10/01/2014
 CPF 67542865387 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Autônomo
 E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Maria SALDANHA da SILVA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro, estabelece que é crime lavagem de dinheiro constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização, independentemente da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 - TÍTULO



Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em preposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta a www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com: **Imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão individualizado com informação de código de segurança.**

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

 Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0032 N° da CONTA (com dígito, se existir) 74524-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. DO NORTE 08 de MARÇO

LOCAL E DATA

de 2017
Maria Saldaña

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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 sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodetransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470

#20

AUTO ATENDIMENTO

| 07/03/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 003AG: 0032 JUAZEIRO DO NORTE
PERIODO: 01022017 ATE: 07032017
NOME: MARIA SALDANHA DA SILVAOPER: 013 CONTA: 74.524-0
CPF: 615.428.653-87
VLR. BLQ. JUD.: 0,00

DATA MOV	NR.DOC HISTORICO	T A X A	V A L O R	S A L D O
07/02/2017	000000 REM BASICA	0,14510000	0,05 C	00,00 C
07/02/2017	000000 CRED JUROS	0,00500000	0,19 C	00,00 C
07/03/2017	000000 REM BASICA	0,04060000	0,02 C	00,00 C
07/03/2017	000000 CRED JUROS	0,00500000	0,19 C	00,00 C

SALDO EM 06/03/2017 R\$		[REDACTED]	
F1 AJUDA	F4 SALDO POR DATA LIMITE	F7 VOLTAR PAG.	
F3 RETORNAR	F6 EXTRATO ANTERIOR	F8 AVANCAR PAG.	F12 FINALIZAR

UNIÃO SEGURADORA
20 MAR 2017

**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

Nome do(a) Examinado(a): Maria Saldanha da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Domingos Sávio, 957
Timbaúba Juazeiro do Norte CE CEP: 63028-390
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 93002185385
Data local do exame: [06/04/2017] Juazeiro 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 DA Perna ESQUERDA

PERNA COM GRANDE CICATRIZ, DOR AOS ESFORÇOS, EDEMA CRONICO E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA

- 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

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- 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

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

HOJE COM GRANDE CICATRIZ, DOR AOS ESFORÇOS, EDEMA CRONICO E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA

Data da alta: 06/04/16

FRATURA TRATADA CIRÚRGICO COM HASTE INTRAMEDULAR E POSTERIOR ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO E FISIOTERÁPICO[10 SS], RESULTADO SATISFATÓRIO

Complicações: NÃO HOUVE

- 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.

PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS E A MARCHA

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- 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 - Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- 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 valoração do dano corporal.

com rx

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Jorge Coelho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5931

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170178352 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SALDANHA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna esquerda.

Descrição do exame Perna com grande cicatriz, dor aos esforços, edema cronico e perda funcional relacionado aos movimentos e a
médico pericial: marcha

Resultados terapêuticos: Tratada cirúrgico com haste intramedular e posterior acompanhamento ortopédico e fisioterápico[10 ss], resultado satisatório.

Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2017

Conduta mantida:

Observações: com rx

Médico examinador: Jorge Luiz Coelho Leite

CRM do médico: 5931

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Esse formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário 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.

E1. MARIA SANTANA DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 03002185385 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 06/03/2014 E

CPF 00540000000 /CNPJ 00000000000000000000. PROFISSÃO RETRATO-VIA

E RENDA MENSAL DE R\$ 3.340,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DA FALTA DE SEGURO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 013 da OEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (este momento revogar-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mestre da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner/colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 0032 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 74522400

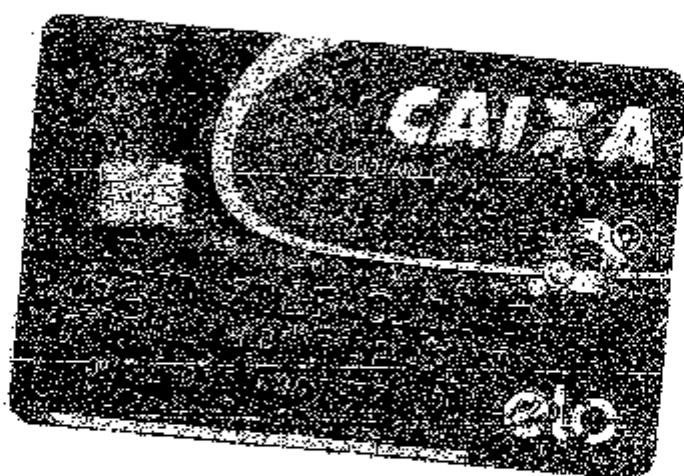
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

31/03/2014 - 06/03/2014 de 2014 Maria S. da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

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 sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise da solicitação de indenização, acesse www.dpvatsegurodetranito.com.br ou ligue para a SAC DPVAT 0800-0221204.





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170178352 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA SALDANHA DA SILVA **Data do acidente:** 06/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda, submetido à tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir, predizer ou quantificar a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

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

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

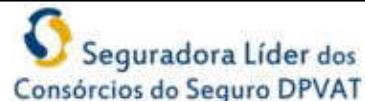
CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170178352

Cidade: Juazeiro do Norte

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARIA SALDANHA DA SILVA

Data do acidente: 06/11/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da perna esquerda.

Descrição do exame Perna com grande cicatriz, dor aos esforços, edema cronico e perda funcional relacionado aos movimentos e a **médico pericial:** marcha

Resultados terapêuticos: Tratada cirúrgico com haste intramedular e posterior acompanhamento ortopédico e fisioterápico[10 ss], resultado satisatório.

Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do membro inferior esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/04/2017

Conduta mantida:

Observações: com rx

Médico examinador: Jorge Luiz Coelho Leite

CRM do médico: 5931

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: