

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DENILSON VIEIRA DE MELO**

Nº Sinistro: **3180063721**

Vitima: **DENILSON VIEIRA DE MELO**

Data do Acidente: **06/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180063721**.

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 12356172



**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): **DENILSON VIEIRA DE MELO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JOSÉ DA SILVA NEVES nº 80 - NECO ARAGÃO - SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE/PE**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 7349465 - SSP**  
Data e local do acidente: **06/02/2017 TAQUARITINGA DO NORTE/PE**  
Data e local do exame: **01/03/2018 CARUARU/PE**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E FRATURA DE TERCO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.**

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E DO TERCO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ( PUNHO ) COM FIOS DE KIRCHNER. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**SINISTRADO COM CICATRIZ CIRÚRGICA ALARGADA E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM TOPOGRAFIA DE REGIAO CLAVICULAR A ESQUERDA, BLOQUEIO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, CICATRIZES CIRÚRGICA PONTIFORMES E AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO, BLOQUEIO DA FLEXO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E BLOQUEIO DA PRONO SUPINACAO A ESQUERDA.**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ SIM ☐ NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

VII. Segundo 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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

Região Corporal(Sequela):

☐ 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%

VIII. \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ATENÇÃO: A ANALISE MEDICA DOCUMENTAL, SINALIZA LESOES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, POREM AS LESOES SAO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

**Médico Perito: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD CRM:52.57595-7/RJ**

  
Dr. Flávio Eduardo Paro Haddad  
Médico  
CRM 10570

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENILSON VIEIRA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01038

CONTA: 000000036649-0

---

Nr. da Autenticação 7DF4E344FC777783

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180063721 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DENILSON VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 06/02/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 21/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Trauma em MIE.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, prever ou quantificar com acuracidade 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:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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:** 3180063721 **Cidade:** Taquaritinga do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DENILSON VIEIRA DE MELO **Data do acidente:** 06/02/2017 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA E FRATURA DE TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DAS FRATURAS DE CLAVÍCULA ESQUERDA E DO TERÇO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO ( PUNHO ) COM FIOS DE KIRCHNER. FEZ 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ESTÁ DE ALTA MÉDICA. SINISTRADO COM CICATRIZ CIRÚRGICA ALARGADA E ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM TOPOGRAFIA DE REGIÃO CLAVICULAR A ESQUERDA, BLOQUEIO DA ELEVAÇÃO E DA ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO, CICATRIZES CIRÚRGICAS PONTIFORMES E AUMENTO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO, BLOQUEIO DA FLEXÃO / EXTENSÃO DO PUNHO A ESQUERDA E BLOQUEIO DA PRONA SUPINAÇÃO A ESQUERDA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ATENÇÃO: A ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, SINALIZA LESÕES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORÉM AS LESÕES SÃO NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Médico examinador:** FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

**CRM do médico:** 10570

**UF do CRM do médico:** SC

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

