

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](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**

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 CABIBARIBE/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 CLAVICULA 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.**

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%

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, predizer 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 CLAVICULA ESQUERDA E FRATURA DE TERCO DISTAL DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

**Resultados terapêuticos:** 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. 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.

**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 ANALISE MEDICA DOCUMENTAL, SINALIZA LESOES NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, POREM AS LESOES SAO 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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:**

