

Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2017

**Aos Cuidados de:** ELI VIEIRA DA SILVA  
**Nº Sinistro:** 3170659001  
**Vitima:** ELI VIEIRA DA SILVA  
**Data do Acidente:** 09/04/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** CELIA NUNES DE FREITAS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170659001**.

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: **3170659001**

Nome do(a) Examinado(a): **ELI VIEIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA SAQUAREMA nº 1251 - CONJUNTO PALMEIRAS - FORTALEZA/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 99006013189 - SSP**

Data e local do acidente: **09/04/2017 ITAITINGA/CE**

Data e local do exame: **28/05/2018 FORTALEZA/CE**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA GRAVE DO COTOVELO DIREITO  
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO**

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

**TRATAMENTO CIRURGICO DO COTOVELO DIREITO COM FIXADOR EXTERNO. EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO ESQUERDO. FEZ 40 SESSOES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA.**

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

**APRESENTA MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA DO TORNOZELO ESQUERDO.**

**CICATRIZES CIRURGICAS NO COTOVELO DIREITO, ABRANGENDO BRACO E ANTEBRACO. SEM MOBILIDADE ARTICULAR DO COTOVELO DIREITO, EM ATTITUDE EM FLEXAO A 90 GRAUS. AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR DO COTOVELO DIREITO. DIFICULDADE NA PREENSAO PALMAR DIREITA;SEM DEFICIT FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO**

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:

**DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO**

**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 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%

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. -**

**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(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170659001      **Cidade:** Itaitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELI VIEIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 09/04/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 23/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM COTOVELO DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170659001  
**Vítima:** ELI VIEIRA DA SILVA

**Cidade:** Itaitinga  
**Data do acidente:** 09/04/2017

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA GRAVE DO COTOVELO DIREITO  
FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DO COTOVELO DIREITO COM FIXADOR EXTERNO. EVOLIU SEM INTERCORRENCIAS. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TORNOZELO ESQUERDO. FEZ 40 SESSOES DE FISIOTERAPIA. ESTA DE ALTA MEDICA. APRESENTA MOBILIDADE ARTICULAR PRESERVADA DO TORNOZELO ESQUERDO. CICATRIZES CIRURGICAS NO COTOVELO DIREITO, ABRANGENDO BRACO E ANTEBRACO. SEM MOBILIDADE ARTICULAR DO COTOVELO DIREITO, EM ATITUDE EM FLEXAO A 90 GRAUS. AUMENTO DO VOLUME ARTICULAR DO COTOVELO DIREITO. DIFICULDADE NA PREENSAO PALMAR DIREITA;SEM DEFICIT FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

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

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** ARMANDO S ARAUJO

**CRM do médico:** 52.53331-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

