

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: 02/07/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARLINDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01020

CONTA: 00000025825-7

Nr. da Autenticação 01C22A85F4D9097D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012489304**Cidade:** Maceió**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ARLINDO FERREIRA DA **Data do acidente:** 19/09/2011
SILVA**Emissor do** Edson Luis D
parecer: Andrade**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS
S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 41219

PARECER

Data da análise: 08/10/2012**Valoração do**
IML:**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FERIMENTO EM Perna Direita**Resultados**
terapêuticos:**Sequelas** A ESCLARECER
permanentes:**Sequelas:** Não definido**Conduta mantida:** Não**Quantificação das**
sequelas:**Documentos**
complementares:**Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** EDSON ANDARDE**UF do CRM do** RJ
médico:

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			
			Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012489304**Cidade:** Maceió**Natureza:** Invalidez**Vítima:** ARLINDO FERREIRA
DA SILVA**Data do acidente:** 19/09/2011**Emissor do parecer:** GALDINO
LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE
SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de
Saude Ltda.**CRM do médico:** 1306

PARECER

Diagnóstico: LESÃO EM Perna ESQUERDA COM LESÃO TECIDUAL**Descrição do exame médico** NECROSE TECIDUAL DA Perna ESQUERDA, PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA VASCULAR DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO FAZENDO USO DE MULETAS.**pericial:****Resultados** TRATAMENTO CIRÚRGICO.**terapêuticos:****Sequelas permanentes:** DÉFICIT PARCIAL AOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**Sequelas :** Com sequelas**Data da perícia:** 20/05/2013**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** SANDOVAL NOBRE**UF do CRM do médico:**

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Informações do Acidente

Sinistro2012489304

Nome da Vítima: ARLINDO FERREIRA DA SILVA

Local:MACEIO

Data do Acidente: 19/06/11

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação do Medico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(X) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Resposta: Perna Esquerda

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resposta: NECROSE TECIDUAL DA Perna ESQUERDA TENDO SIDO TRATADO CIRURGICAMENTE

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

b) Exames Complementares: (X) Não () Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

b) () Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resposta: PACIENTE COM INSUFICIENCIA VASCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO FAZENDO USO DE MOLETAS

Em caso de resposta afirmativa para “a” e/ou “b” no item III e/ou “a” no item IV, favor NÃO preencher os demais campos assinalados.

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vitima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vitima).

Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vitima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão:

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

2ª Lesão:

Marque o percentual: 10% residual 25% leve 50% médio 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% grave

Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador

PACIENTE COM INSUFICIENCIA VASCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Identificação do Médico Examinador

Nome do Medico:SANDOVAL NOBRE

Registro no CRM: 1306

Local do Exame: MACEIO

Data do Exame 20/05 /2013 _/_/_

Local e Data

SANDOVAL DE ARROXELAS NOBRE _____

Assinatura do Médico Examinador – CRM