

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221850

Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVA VILMA PINTO DE FRANCA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190221850

Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVA VILMA PINTO DE FRANCA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

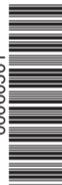
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221850

Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVA VILMA PINTO DE FRANCA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221850

Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVA VILMA PINTO DE FRANCA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190221850

Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVA VILMA PINTO DE FRANCA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

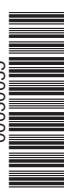
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 13/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 00000085780-7

Nr. da Autenticação 75B8D6EDF9CB1C78

**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

Número do Sinistro: 3190221850
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Franca de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Rego, 26
Sto Antonio Mossoro RN CEP: 59622-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003204509
Data local do acidente: [02/12/2018]
Data local do exame: [06/05/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SUTURAS E REPARAÇÃO DE ESMAGAMENTO NO ANTE PÉ ESQUERDO, COM AMPUTAÇÃO DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Data da Alta: 03/12/2018

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

DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. CEFALÉIA INTERMITENTE, TONTURAS, AMNÉSIA E LIMITAÇÃO COGNITIVA LEVE.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COGNITIVA LEVE.

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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(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):

5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Raimundo Franca de Lima
CRM/RN 2345

**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

Número do Sinistro: 3190221850
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Franca de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Rego, 26
Sto Antonio Mossoro RN CEP: 59622-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003204509
Data local do acidente: [02/12/2018]
Data local do exame: [06/05/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SUTURAS E REPARAÇÃO DE ESMAGAMENTO NO ANTE PÉ ESQUERDO, COM AMPUTAÇÃO DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Data da Alta: 03/12/2018

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

DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. CEFALÉIA INTERMITENTE, TONTURAS, AMNÉSIA E LIMITAÇÃO COGNITIVA LEVE.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COGNITIVA LEVE.

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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(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):

5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Raimundo Franca de Lima
CRM/RN 2345

**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

Número do Sinistro: 3190221850
Nome do(a) Examinado(a): Raimundo Franca de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): R Celso Rego, 26
Sto Antonio Mossoro RN CEP: 59622-400
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 003204509
Data local do acidente: [02/12/2018]
Data local do exame: [06/05/2019] Jucurutu [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SUTURAS E REPARAÇÃO DE ESMAGAMENTO NO ANTE PÉ ESQUERDO, COM AMPUTAÇÃO DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO. ENCONTRA-SE DE ALTA DEFINITIVA.

Data da Alta: 03/12/2018

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

DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. CEFALÉIA INTERMITENTE, TONTURAS, AMNÉSIA E LIMITAÇÃO COGNITIVA LEVE.

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL COGNITIVA LEVE.

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 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(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):

5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Raimundo Franca de Lima
CRM/RN 2345

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221850 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. REFERE CEFALEIA INTERMITENTE, TONTURAS , AMNÉSIA.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221850 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. CEFALEIA INTERMITENTE, TONTURAS , AMNÉSIA E LIMITAÇÃO COGNITIVA LEVE.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO COGNITIVA LEVE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221850 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221850 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.
TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190221850 **Cidade:** Mossoró **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RAIMUNDO FRANCA DE LIMA **Data do acidente:** 02/12/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: POLITRAUMATISMO, TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, COM PERDA DE CONSCIÊNCIA, ESMAGAMENTO DO ANTE PÉ ESQUERDO COM AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO.

Descrição do exame físico: DOR MEDIANTE USO DE CALÇADOS FECHADOS NO PÉ ESQUERDO, AUSÊNCIA TOTAL DO QUINTO PODODÁCTILO ESQUERDO. REFERE CEFALEIA INTERMITENTE, TONTURAS , AMNÉSIA.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PÉ ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU COMPLETO DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/05/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00