
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

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

Pag. 00405/00406 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14247762

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



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: 000000085780-7

Nr. da Autenticação 75B8D6EDF9CB1C78

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

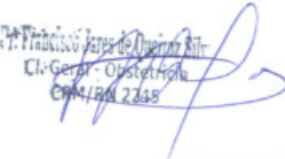
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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. CEFALIA 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Gerardo - Obitetista
CRM/RN 22445

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

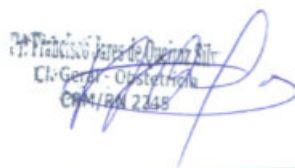
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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. CEFALIA 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 (*).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|--|
- 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 | Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo |
| % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input checked="" type="checkbox"/> 100% completo | % do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Francisco José de Oliveira Júnior
CRM/RN 22445

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

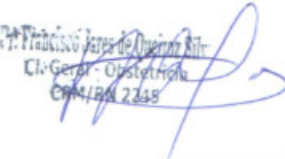
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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. CEFALIA 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
5º DEDO DO PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa (X) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Esquerdo
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Gerardo - Obstetra
CRM/RN 22445

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 CEFALÉIA 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. CEFALÉIA 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 CEFALÉIA 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