

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160007234 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS **Data do acidente:** 25/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA INTRA-ARTICULAR DO CALCÂNEO ESQUERDO.  
FRATURA MALEOLAR LATERAL ESQUERDA.  
SUBLUXAÇÃO MEDIAL DA ARTICULAÇÃO CALCÂNEO-CUBOIDE ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITAÇÃO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E DORSIFLEXÃO DO PE ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, DIFICULDADE PARA USO PLENO DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSSÍNTESE E SEM FISIOTERAPIA.  
NÃO HÁ COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/02/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Joaquim Freitas Diogo

**CRM do médico:** 8133

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
Total			37,5 %	R\$ 5.062,50

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 30 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8370899

A/C: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

Sinistro: 3160007234  
Vitima: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS  
Data Acidente: 25/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8695377

A/C: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

Sinistro: 3160007234  
Vítima: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS  
Data Acidente: 25/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2016

Carta nº: 9525957

A/C: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

Sinistro: 3160007234 ASL-0737944/15  
Vitima: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS  
Data Acidente: 25/10/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: CICERA MARCIA VITAL LEITE

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **08/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/10/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

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): Ronaldo de Oliveira Mascarenhas  
Endereço do(a) Examinado(a): Padre Ourives, 144  
Santa Tereza Juazeiro do Norte CE CEP: 63050-342  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 97029001415  
Data local do exame: [ 27/02/2016 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA INTRA-ARTICULAR DO CALCANEIO ESQUERDO, FRATURA MALEOLAR LATERAL ESQUERDA, SUBLUXAÇÃO MEDIAL DA ARTICULAÇÃO CALCANEÓ-CUBÓIDE ESQUERDA. EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITAÇÃO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E DORSE-FLEXÃO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, DIFICULDADE PARA USO PLENO DO PÉ ESQUERDO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITAÇÃO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E DORSE-FLEXÃO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, DIFICULDADE PARA USO PLENO DO PÉ ESQUERDO.**

Data da alta: JAN/16

TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSÍNTese E SEM FISIOTERAPIA.

Complicações: NÃO HÁ COMPLICAÇÕES

- III. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim ( ) Não

Existindo seqüela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITAÇÃO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E DORSE-FLEXÃO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA, DIFICULDADE PARA USO PLENO DO PÉ ESQUERDO.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. 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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem seqüela 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 (Seqüela):

**Pé - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

- V. (\*) 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



Assinatura: [Assinatura manuscrita]  
CRM 8133  
1970-043-20

# 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: 03/03/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03587

CONTA: 000000017987-9

---

Nr. da Autenticação B8621E59AEDB8E5A

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS Prontuário: 124605 Admissão: 01/07/2016  
Data Nasc.: 17/11/1979 Idade: 36 ano(s) 7 mes(es) e 14 dia(s) Sexo: Masculino RG:  
Mãe: MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA MASCARENHAS Telefone: (88) 88866618  
Endereço: RUA MARIA DE FRANCA Bairro: STO ANTONIO CEP:

### ATENDIMENTO

Médico: FRANCISCO BRUNO CELIAO CABRAL CRM: 16420 Nº Atendimento: 330436  
Destino Interno: ALTA AMBULATORIAL

#### HDA/Exame Físico:

8º MES PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSINTESE DE FRATURA DE CALCANEU ESQUERDO  
EVOLUI COM QUEIXA DE DOR CRÔNICA EM TORNOZELO/CALCANHAR ESQUERDOS.  
APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DE ARTICULAÇÕES TALO-TIBIAL E SUBTALAR A ESQUERDA.  
COM CALUDICAÇÃO DA MARCHA, SENDO ESTAS AS SEQUELAS DEFINITIVAS DE SUA LESÃO INICIAL.  
RECEBE ALTA AMBULATORIAL.

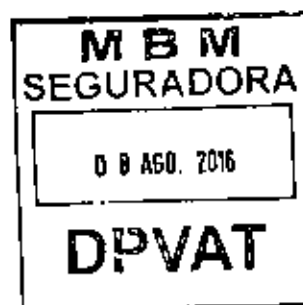
### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

### PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Francisco Celio Cabral  
CRM: 16420  
CONCEITO: 16.11.20





Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

## RELATÓRIO MÉDICO

PARA: RONALDO DE OLIVEIRA MASCARENHAS

8º MES PÓS-OPERATÓRIO DE OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO.

EVOLUI COM QUEIXA DE DOR CRÔNICA EM TORNOZELO/CALCANHAR ESQUERDOS.

APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DE ARTICULAÇÕES TÍBIO-TALAR E SUBTALAR A  
ESQUERDA, COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, SENDO ESTAS AS SEQUELAS DEFINITIVAS DE SUA LESÃO

INICIAL.

RECEBE ALTA AMBULATORIAL.

CID: S92

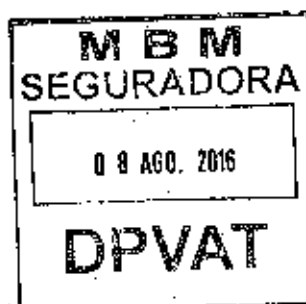
JUAZEIRO DO NORTE, 01/07/2014.

Bruno Celão  
Ortopedista  
CRM/CE 10.049

Dr. FRANCISCO BRUNO CELIÃO CABRAL

ORTOPEDISTA

CRM/CE 10.049





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160007234 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RONALDO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 25/10/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
MASCARENHAS

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

**Data da análise:** 18/02/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM OMBRO D

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** PAULA SEROA DA MOTTA SOUTO SOARES

**CRM do médico:** 52-90632-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

