

# PARECER DE PERÍCIA 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

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

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA OSTEOSÍNTESE 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
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saúde 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 n°: 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 inicio 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 n°: 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 Terezinha 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 CALCANEUS ESQUERDO, FRATURA MALEOLAR LATERAL ESQUERDA,  
SUBLUXACAO MEDIAL DA ARTICULACAO CALCANEURO-CUBOIDES ESQUERDA.  
EDEMA RESIDUAL IMPORTANTE, LIMITACAO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO  
ESQUERDO E DORSE-FLEXAO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICACAO, CICATRIZ CIRURGICA, 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, LIMITACAO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO E  
DORSE-FLEXAO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICACAO, CICATRIZ CIRURGICA, DIFICULDADE PARA USO PLENO DO PÉ  
ESQUERDO.**

Data da alta: JAN/16

**TRATAMENTO CIRURGICO PARA OSTEOSSINTSE E SEM FISIOTERAPIA.**

**Complicações: NAO HA COMPLICACOES**

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

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(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, LIMITACAO PARA O MOVIMENTO DE FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO ESQUERDO E  
DORSE-FLEXAO DO PÉ ESQUERDO, CLAUDICACAO, CICATRIZ CIRURGICA, 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”

( ) “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)

( ) “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**Pé - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

  
CRM 8133  
070.043-20

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

# 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 OSTEOSINTSE DE FRATURA DE CALCANEUS 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.

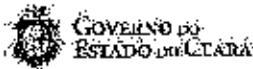
### EXAME

Name	Data Solicitação	Urgente	Situação

### PREScrição

Prescrição	Horário:





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.**

**EVLUI 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.

Francisco Celiao  
Ortopedista  
CRM/CE 11048 / CRM-FE 16.231

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:**