

Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180551826**

Vítima: **MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **25/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BARROS**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180551826**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13647938



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180551826

Vítima: MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 25/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS BARROS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000004689

Conta: 000008558-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180551826 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA RAQUIMEDULAR LOMBAR.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DIMINUIÇÃO DA FORÇA NOS MEMBROS INFERIORES, PARESTESIA E DIFICULDADE DE DEAMBULAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS DE T10 A L5, DECORRENTE DE ARTRODESE LIMITANDO FUNCIONALMENTE A COLUNA LOMBAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO COM DESCOMPRESSÃO MEDULAR E ARTRODESE DA COLUNA DORSOLOMBAR POR FIXAÇÃO COM IMPLANTES METÁLICOS. REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E TEVE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da coluna lombar

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/01/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

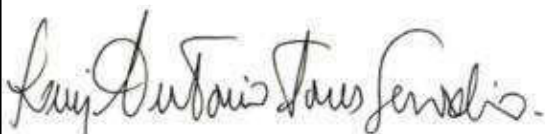
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180551826 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 25/10/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 01/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR LOMBAR - FRATURA DE L2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.  
TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**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.

## 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 completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

**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: **3180551826**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA DE LOURDES DO NASCIMENTO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Pedro Martins, 516 - Bom Jardim - Fortaleza - CE - CEP 60543-305**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **91016000432**

Data e local do acidente: [ **25/10/2016** ]

**RUA PEDRO MARTINS - BAIRRO BOM JARDIM - FORTALEZA - CE.**

Data e local do exame: [ **09/01/2019** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

**TRAUMA RAQUIMEDULAR LOMBAR.**

**II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

**A VÍTIMA REFERE DIMINUIÇÃO DA FORÇA NOS MEMBROS INFERIORES, PARESTESIA E DIFICULDADE DE DEAMBULAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO DE MOVIMENTOS DE T10 A L5, DECORRENTE DE ARTRODESE LIMITANDO FUNCIONALMENTE A COLUNA LOMBAR.**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

**IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

**TRATAMENTO COM DESCOMPRESSÃO MEDULAR E ARTRODESE DA COLUNA DORSOLOMBAR POR FIXAÇÃO COM IMPLANTES METÁLICOS. REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E TEVE ALTA MÉDICA.**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?**

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**Limitação funcional da coluna lombar**

**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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Coluna lombar

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

Região Corporal (Sequela):

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

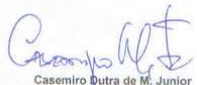
Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII. \*** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Casemiro Dutra de M. Junior  
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE