

**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO**

<b>Número:</b> 2013351433	<b>Cidade:</b> Caucaia	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> ANTONIO ESTANAILTON DE FRANCA BARBOSA	<b>Data do acidente:</b> 07/11/2011	<b>Emissor do parecer:</b> Helio Flavio Faustino
<b>Seguradora:</b> MBM SEGURADORA S/A	<b>Prestadora:</b> SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.	<b>CRM do médico:</b> 9050

**PARECER**

**Diagnóstico:** LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

**Descrição do periciando** APRESENTA DOR CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E  
**exame médico** EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO  
**pericial:**

**Resultados** TRATAMENTO CIRÚRGICO FEITO REPARAÇÃO CIRÚRGICA DO DEDO EM BOTOEIRA COM CAPSULORRAFIA E  
**terapêuticos:** TENORRAFIA

**Sequelas** COMPROMETIMENTO GRAVE DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO  
**permanentes:**

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 04/07/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** GREIVE FREITAS CAVALCANTE

**UF do CRM do CE**  
**médico:**

**DANOS**

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	75

**Valor avaliado:** 1.012,50

# **Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes**

---

## **Informações do Acidente**

Sinistro: 2013351433

Nome da Vítima: ANTONIO ESTANAILTON DE FRANCA BARBOSA

Local: CAUCAIA - CE

Data do Acidente: 07/11/2011

## **Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador**

---

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(  )Sim (  )Não (  )Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito**

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

REPARAÇÃO CIRÚRGICA DO DEDO EM BOTOEIRA COM CAPSULORRAFIA E TENORRAFIA POR LESÃO DO APARELHO EXTENSOR DO QUARTO QUIRODÁCTILO ESQUERDO

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares (  )Sim (  )Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

( ) Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

(x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

REFERE DOR CRÔNICA PÓS-TRAUMÁTICA + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

( ) Sim (x) Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

(x) Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

( ) Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

(x) Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

**Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão.**

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Médio ( x ) 75% Grave

**Observação:** Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

### **Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor**

---

---

#### **Identificação do médico responsável pela avaliação.**

---

##### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Médico: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

Registro no CRM: 9050 CE

MÉDICO FORTALEZA - CE  
RUA CORONEL ALVES TEIXEIRA, 1280, ALDEOTA  
CEP: 60320-200 - FONE: (85) 32461123

  
NOME: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM: 9050

#### **Local e Data do Exame**

---

FORTALEZA, 04/07/2013

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



Nº DO SINISTRO:

Obs. 1: Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANTONIO ESTANAILTON DE FRANÇA BARBOSA, PORTADOR (A) DO RG Nº 04150501709 EXPEDIDO POR DETRAN-CE EM 07/03/2013 E CPF 030.967.643-60 PROFISSÃO INSTALADOR DE ACESSORIOS E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA ANTONIO ESTANAILTON DE FRANÇA BARBOSA, AUTORIZO A SEGURADORA A EFETUAR O RESPECTIVO CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Obs. 2: Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

## CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO

Nº Banco: 304 Nº Agência: 3281 Nº POUPANÇA: 16695-4 Operação: 013

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza 10/06/13  
LOCAL / DATA

Antonio Estanailton de França Barbosa  
ANTONIO ESTANAILTON DE FRANÇA BARBOSA

## ATENÇÃO

- o Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6194/740 e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Susep).
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, alem dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal

