

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180439617 **Cidade:** Itapissuma **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADAMIR DE LIMA COELHO **Data do acidente:** 22/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA CERVICAL (C4) E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DO OMBRO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA CICATRIZ CIRURGICA NA REGIÃO CERVICAL ANTERIOR E CICATRIZ CIRURGICA NO OMBRO DIREITO , APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADUÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO E LEVE LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA CERVICAL

Resultados terapêuticos: APRESENTA ARTRODESE DA COLUNA CERVICAL E DEFORMIDADE NA AAC

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) OMBRO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Galdino Leonardo

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

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 de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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, 23 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ADAMIR DE LIMA COELHO**

Nº Sinistro: **3180439617**

Vitima: **ADAMIR DE LIMA COELHO**

Data do Acidente: **22/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180439617**.

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 13395434



**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: 3180439617
Nome do(a) Examinado(a): Adamir de Lima Coelho
Endereço do(a) Examinado(a): Trav 2 Bom Jesus, 148 C Mae
Centro Igarassu PE CEP: 53610-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PE] 5967083
Data local do acidente: [22/04/2018]
Data local do exame: [30/10/2018] Olinda [PE]


Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA CERVICAL (C4) E LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR DO OMBRO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZOU OSTEOSINTESE DE LAC EM OMBRO DIREITO COM FIO K E REALIZOU ARTRODESE C3/C4 POR VIA ANTERIOR
Complicações: NÃO HOUE
Data da Alta: MAIO 2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA CICATRIZ CIRURGICA NA REGIÃO CERVICAL ANTERIOR E CICATRIZ CIRURGICA NO OMBRO DIREITO , APRESENTA LIMITAÇÃO DE ADUÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO E LEVE LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA CERVICAL
- IV. Nexo de casualidade: 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 DE ADM CERVICAL E DO OMBRO DIREITO
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):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
(X) 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual (X) 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):

% do dano: <input 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


SaúdeSEG
Dr. Galdino Leonardo
CREMEPE 17727-4 / EOT 13221

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADAMIR DE LIMA COELHO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02033-8

CONTA: 000000010145-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0511201805000000000023702033000000010145253125 PAGO