

# 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</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, 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**

**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: 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 HOUVE**

**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 ADOÇÃO ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DE OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO E LEVE LIMITAÇÃO DE ADM DA COLUNA CERVICAL**

- IV. Nexo de causalidade: 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 (\*).

"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)

- 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):

**OMBRO - Lado Direito**

**SEGMENTO CERVICAL DA COLUNA VERTEBRAL**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

**(X) 50% médio**  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

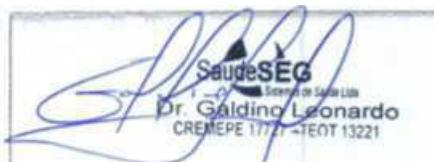
% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  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



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

BRADESCO05112018050000000002370203300000010145253125 PAGO