
Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11469270

A/C: DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA

Sinistro: 3170424325 ASL-0292073/17
Vítima: DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA
Data Acidente: 10/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Sinistro: **3170424325 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA**
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ITABAIANINHA nº 125 - STA CRUZ - ESTANCIA/SE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 33298122 - SSP**
Data local do exame: **23/08/2017 ARACAJU/SE**

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)

LUXAÇÃO DE OMBRO COM FERIMENTO À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA COM LESÃO DE NERVO TIBIAL À ESQUERDA.

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?

☒ SIM ☐ NÃO

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?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRETA, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/11/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 28/11/2016. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DE OMBRO E SUTURA DO FERIMENTO, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA, EM 2º TEMPO FOI REALIZADA OSTEOSSÍNTESE DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+/-5) EM VIRTUDE DA DOR, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NAS ARTICULAÇÕES DO GLENO UMERAL (OMBRO), RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO, EM VIRTUDE DA DOR.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA ESCAVANTE (++++/4) COM APOIO DE MULETAS, PRESENÇA DE MÚLTIPLAS CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE ANTERIOR E LATERAL DA PERNA, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ AUSENTE, PÉ CAÍDO E EM FLEXÃO PLANTAR CONTINUA, ATROFIA MUSCULAR SEVERA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR EDEMA E PARESTESIA NA PERNA, TORNOZELO E PÉ, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA PERNA TORNOZELO E PÉ.

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

☒ 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.

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.
DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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(*)

☐ Vitima 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)

OMBRO ESQUERDO.

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☒ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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 valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

SE - ARACAJU, 23/08/2017

Médico Perito: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM:1827/SE/SE

Manuel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio N. Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11441521

A/C: DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170424325 ASL-0292073/17
Vitima: DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA
Data Acidente: 10/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 29/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.425,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAMEAO SANTOS CARDOSO MENDONCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00060

CONTA: 000000016274-3

Nr. da Autenticação 872678ADC88DB871

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424325 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMEAO SANTOS CARDOSO **Data do acidente:** 10/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
MENDONCA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: 1TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PAR QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS EXISTENTES

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424325 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAMEAO SANTOS CARDOSO **Data do acidente:** 10/11/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
MENDONCA

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO DE OMBRO COM FERIMENTO À ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA COM LESÃO DE NERVO TIBIAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO.
DÉFICIT FUNCIONAL SEVERO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRETA, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/11/2016 E RECEBEU ALTA NO DIA 28/11/2016. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DE OMBRO E SUTURA DO FERIMENTO, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO NA FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA, EM 2º TEMPO FOI REALIZADA OSTEOSSÍNTESES DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACAS E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (/ 5) EM VIRTUDE DA DOR, DOR, EDEMA, CRÉPITAÇÃO E BLOQUEIO NAS ARTICULAÇÕES DO GLENO UMERAL (OMBRO), RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO, EM VIRTUDE DA DOR.
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA ESCAVANTE (/ 4) COM APOIO DE MULETAS, PRESENÇA DE MÚLTIPLAS CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES E LINEARES NA FACE ANTERIOR E LATERAL DA PERNA, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ AUSENTE, PÉ CAÍDO E EM FLEXÃO PLANTAR CONTINUA, ATROFIA MUSCULAR SEVERA DA PANTURRILHA E PÉ, DOR EDEMA E PARESTESIA NA PERNA, TORNOZELO E PÉ, PERDA TOTAL DOS MOVIMENTOS DA PERNA TORNOZELO E PÉ.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.
APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/08/2017

Conduta mantida:

Observações: * NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827/SE

UF do CRM do médico: SE

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 membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			55 %	R\$ 7.425,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

