

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELEUDO.
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (P.1) 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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 15/04/2019, EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELOUDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR AMPUTAÇÃO) E ALTA.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ACIMA DA PATELA CONFORME PERICIA MEDICA REALIZADA EM 12/06/2019.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELOUDO.
FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍTESE COM FIXADOR EXTERNO E POSTERIOR AMPUTAÇÃO) E ALTA.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ACIMA DA PATELA CONFORME PERICIA MEDICA REALIZADA EM 12/06/2019.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Documentos complementares:

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELEUDO.
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE
BRASILEIRA Estado Civil: SOLTEIRO
MECANICO
1064294 SSP/ AL CPF: 804.243.924-53
RUA FLORIANO DE OLIVEIRA FRANÇA , 27, CAVACO , ARAPIRACA /AL

OUTORGADO:

JOSÉ KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE	
BRASILEIRO	Estado civil: CASADO
MICRO EMPRESÁRIO	
3385510-2 SEDS\AL	CPF: 088.792.514-65
RODOVIA AL 220, 324 A, SANTA ESMERALDA, ARAPIRACA/AL.	

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização de **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima:

Antônio Marcos Gomes Cavalcante

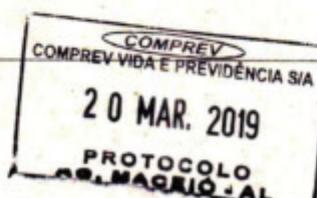
Anapiraca 23 de fevereiro de 2019.

LOCAL E DATA

2° Officio

* Raymires Marcos Gomes Campeote
ASSINATURA DO OUTORGANTE

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**



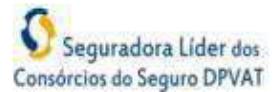
Reconhecido por autenticidade a(s)
firmas(s) de Antônio Vitorino
Vitorino Lima

25 FEV. 2019

Então, o que da verdade.

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095153/19

Número do Sinistro: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

CPF: 804.243.924-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS
GOMES CAVALCANTE

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/09/2019

Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CPF: 088.792.514-65

Data do cadastramento: 04/09/2019

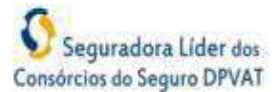
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

CPF: 110.116.364-09

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095153/19

Número do Sinistro: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

CPF: 804.243.924-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS
GOMES CAVALCANTE

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/05/2019

Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CPF: 088.792.514-65

Data do cadastramento: 24/05/2019

Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

CPF: 094.056.024-03

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095153/19

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

CPF: 804.243.924-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE : 088.792.514-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE : 804.243.924-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/03/2019
Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE
CPF: 088.792.514-65

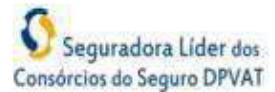
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/03/2019
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR
CPF: 110.116.364-09

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095153/19

Número do Sinistro: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

CPF: 804.243.924-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/07/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCOS
GOMES CAVALCANTE

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/04/2019

Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CPF: 088.792.514-65

Data do cadastramento: 12/04/2019

Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

CPF: 110.116.364-09

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003209

Conta: 0000048252-4

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190212201**

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003209

Conta: 0000048252-4

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190212201

Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 09/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**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

Sinistro: **3190212201**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FLORIANO DE OLIVEIRA FRANCA nº 27 - CAVACO - ARAPIRACA/AL**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 1064294 - SSP**

Data e local do acidente: **08/07/2018 ARAPIRACA/AL**

Data e local do exame: **12/06/2019 MACEIO/AL**

Resultado da Avaliação Médica

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO. FRATURA FECHADA DIAFISÁRIAS DE TÍBIA E FÍBULA.

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

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. OSTEOSINTSE COM FIXADOR EXTERNO, TENDO EVOLUIDO COM INFECÇÃO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABÉTICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAÍDA DE SECREÇÃO PISSANGUINOLENTA EM FOCO DE FRATURA E POSTERIOR NECROSE. O FIXADOR EXTERNO FOI RETIRADO, TENDO SIDO SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ACIMA DA PATELA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

CADEIRANTE. AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO ACIMA DO JOELHO.

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

DEFÍCIT FUNCIONAL TOTAL DO MEMBRO INFERIOR 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 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): **MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

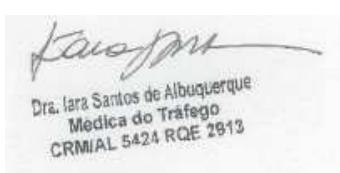
Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

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

REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. -

Médico Perito: IARA SANTOS DE ALBUQUERQUE CRM:5424/AL



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

804.243.924-53 Antonio Marcos Gomes Cavalcante

Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Antonio Marcos Gomes Cavalcante

Profissão:

Recurso

Endereço:

R. Floriano de Oliveira Franca

CPF:

804.243.924-53

Número:

77

Complemento:
casa

Bairro:

Cavaco

Cidade:

Arapiraca

Estado:

AL

E-mail:

Krasssessoria.al@gmail.com

CEP:

57.306-640

Tel.(DDD):

(82) 99666-0538

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **3309**

CONTA: **48252**

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Arapiraca 14 de Março de 2019**

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Antonio Marcos Gomes Cavalcante
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU GOSTO,

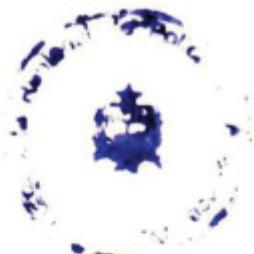
na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
54º DISTRITO POLICIAL - ARAPIRACA - ARAPIRACA - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016591/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/02/2019 16:58 Data/Hora Fim: 24/02/2019 17:08
Delegado de Polícia: Thales Silva Araujo

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito de Arapiraca

Data/Hora do Fato: 08/07/2018 18:30

Local do Fato

Município: Arapiraca (AL)
Logradouro: RODOVIA AL-220,

Bairro: NOVO HORIZONTE
Nº: KM 5

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO 3º BATALHÃO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Arapiraca Sexo: Feminino Nasc: 09/11/1972

Profissão: Mecânico Escolaridade: Ensino Médio Incompleto

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Lenuza Gomes Cavalcante

Nome do Pai: Ary Cavalcante Lopes

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 804.243.924-53

RG - Carteira de Identidade: 1864294

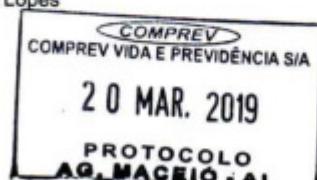
Endereço

Município: Arapiraca - AL

Logradouro: RUA PALESTINA

Nº: 521

Bairro: PLANALTO



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 861.229.834-20	Placa MVF7708
Renavam 00891616187	Número do Motor KC08E56864932
Número do Chassi 9C2KC08506R864932	Ano/Modelo Fabricação 2006/2006
Cor VERMELHA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Arapiraca	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES
Modelo HONDA/CG 150 TITAN ES	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/04/2016	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Marcos Gomes Cavalcante	Possuidor

Delegado de Polícia Civil: Thales Silva Araujo
Impresso por: Domingos Sávio Monteiro Mendonça
Data de Impressão: 24/02/2019 17:08
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Domingos Sávio Monteiro Mendonça
Delegado de Polícia
Protocolo nº: 016591/2019-0



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
PÓLICIA CIVIL
54º DISTRITO POLICIAL - ARAPIRACA - ARAPIRACA - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 016591/2019

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE, ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE (VÍTIMA) QUE NO DIA 08 DE JULHO DE 2018, POR VOLTA DAS 18H00, CONDUZIA O VEÍCULO MOTOCICLETA ACIMA DESCrito PELA RODOVIA AL-220, QUANDO NAS PROXIMIDADES DO 3º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR, O NOTICIANTE SE DISTRAIU E NÃO PERCEBEU O MOMENTO EM QUE O VEÍCULO AUTOMÓVEL QUE TRANSITAVA A SUA FRENTe REDUZIU A VELOCIDADE PARA PASSAR SOB UM QUEBRA-MOLAS; QUE NÃO REDUZIU SUA VELOCIDADE E COLIDIU COM O AUTOMÓVEL, SOFRENDO LESÕES CORPORALIS; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS DA CIDADE DE ARAPIRACA E LEVADO PARA UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGreste, NA CIDADE DE ARAPIRACA, ONDE FOI ATENDIDO E FICOU INTERNADO; QUE PASSOU POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS E TEVE UMA Perna AMPUTADA; QUE O VEÍCULO EM TELA ESTÁ LICENCIADO JUNTO AO DETRAN EM NOME DE MARQUES SERGIO DE OLIVEIRA; QUE O OUTRO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, BEM COMO O SEU CONDUTOR, ATÉ A PRESENTE DATA, NÃO FORAM IDENTIFICADOS.

ASSINATURAS

Domingos Sávio Monteiro Mendonça

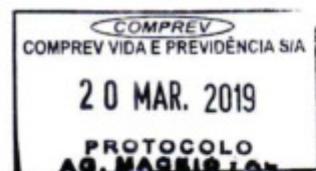
Chefe de Delegacia

Marcos 301170-8

Domingos Sávio Monteiro Mendonça
Responsável pelo Atendimento

Antonio Marcos Gomes Cavalcante
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



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: 18/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03209

CONTA: 000000048252-4

Nr. da Autenticação EA116A075E6994AA

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: 24/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03209

CONTA: 000000048252-4

Nr. da Autenticação D95B697B4C919210

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER

Diagnóstico: MEMBRO INFERIOR DIREITO. FRATURA FECHADA DIAFISÁRIAS DE TÍBIA E FÍBULA.

Descrição do exame físico: DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO, TENDO EVOLUIDO COM INFECÇÃO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABETICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAIDA DE SECREÇÃO PISSANGUINOLENTA EM FOCO DE FRATURA E POSTERIOR NECROSE. O FIXADOR EXTERNO FOI RETIRADO, TENDO SIDO SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ACIMA DA PATELA. CADEIRANTE. AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO ACIMA DO JOELHO.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: - VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD NO VALOR DE R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER

Diagnóstico: MEMBRO INFERIOR DIREITO. FRATURA FECHADA DIAFISÁRIAS DE TÍBIA E FÍBULA.

Descrição do exame físico: DEFICIT FUNCIONAL TOTAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO, TENDO EVOLUIDO COM INFECÇÃO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABETICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAIDA DE SECREÇÃO PISSANGUINOLENTA EM FOCO DE FRATURA E POSTERIOR NECROSE. O FIXADOR EXTERNO FOI RETIRADO, TENDO SIDO SUBMETIDO A AMPUTAÇÃO DO MEMBRO ACIMA DA PATELA. CADEIRANTE. AMPUTAÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO ACIMA DO JOELHO.

Sequelas permanentes: HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: - VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR AMD NO VALOR DE R\$ 2.362,50 REFERENTE A 25% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
- REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELEUDO.
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA.

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.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS AMD EM 15/04/2019, EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELEUDO.
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190212201 **Cidade:** Arapiraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO MARCOS GOMES **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.
CAVALCANTE

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NO COURO CABELEUDO.
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50