

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 CABELUDO.  
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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:** HOUE 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** DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO  
**sequelas:**

**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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

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

**Sequelas permanentes:** HOUE 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** DÉFICIT ANATÔMICO PARCIAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO  
**sequelas:**

**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 CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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 CABELUDO.  
FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LMC E OSTEOSSÍNTESE 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

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

### OUTORGADO:

Nome:		JOSÉ KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE	
Nacionalidade:		BRASILEIRO	Estado civil: CASADO
Profissão:		MICRO EMPRESÁRIO	
Identidade:		3385510-2 SEDS\AL	CPF: 088.792.514-65
Endereço:		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:

Antonio Marcos Gomes Cavalcante

Arapiraca 13 de fevereiro de 2019.

LOCAL E DATA



\* Antonio Marcos Gomes Cavalcante

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

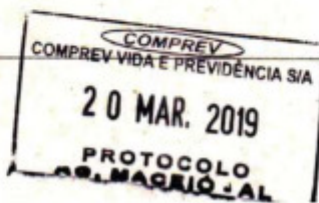
Reconheço por autenticidade a(s)

firma(s) de Antonio Marcos Gomes Cavalcante

25 FEV. 2019

Em teste da verdade.

VALDO SOMENTE COM SELLO 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 médico-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](http://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: 04/09/2019  
Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE  
CPF: 088.792.514-65

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/09/2019  
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR  
CPF: 110.116.364-09

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 médico-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](http://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: 24/05/2019  
Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE  
CPF: 088.792.514-65

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/05/2019  
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS  
CPF: 094.056.024-03

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

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 08/07/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO MARCOS GOMES CAVALCANTE

## 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](http://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

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 médico-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](http://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: 12/04/2019  
Nome: JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE  
CPF: 088.792.514-65

JOSE KLEBERSON SANTOS CAVALCANTE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019  
Nome: CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR  
CPF: 110.116.364-09

CLAUDIO MAURICIO DE SA JUNIOR

---

**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

---

**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 médico-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



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, retorne 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](http://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](http://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: INTERRUÇÃO 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

Pag. 00387/00388 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14406466



**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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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. OSTEOSINTESE COM FIXADOR EXTERNO, TENDO EVOLUIDO COM INFECCAO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABETICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAIDA DE SECRECAO PLOSSANGUINOLENTA 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:

**DEFICIT 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%

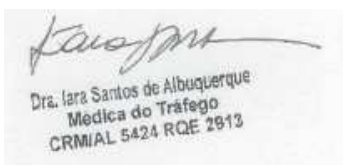
Região Corporal(Sequela):

☐ 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**

  
Dra. Iara Santos de Albuquerque  
Médica do Tráfego  
CRM/AL 5424 RQE 2913

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

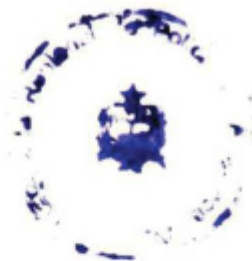


Assinatura do **COMPREV**  
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
20 MAR 2018  
presente formulário, A SEU favor,  
do preenchimento e assinatura.  
OS. **PROTECOLO**  
**AG. MARIC**





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

ENVOLVIDO(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

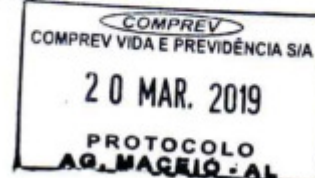
Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 804.243.924-53  
RG - Carteira de Identidade: 1864294

Endereço

Município: Arapiraca - AL  
Logradouro: RUA PALESTINA  
Bairro: PLANALTO

Nº: 521



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocicleta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 861.229.834-20	<b>Placa</b> MVF7708
<b>Renavam</b> 00891616187	<b>Número do Motor</b> KC08E56864932
<b>Número do Chassi</b> 9C2KC08506R864932	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2006/2006
<b>Cor</b> VERMELHA	<b>UF Veículo</b> Alagoas
<b>Município Veículo</b> Arapiraca	<b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 150 TITAN ES
<b>Modelo</b> HONDA/CG 150 TITAN ES	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado
<b>Última Atualização Denatran</b> 19/04/2016	<b>Situação do Veículo</b> 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 Civil  
Arapiraca, 24/02/2019 - 17:08





**GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS**  
**POLÍCIA 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 CORPORAIS; 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

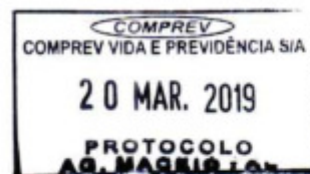
  
Domingos Sávio Monteiro Mendonça  
Responsável pelo Atendimento

**Domingos Sávio Monteiro Mendonça**  
Responsável pelo Atendimento

*Antonio Marcos Gomes Cavalcante*  
Antonio Marcos Gomes Cavalcante  
(Vítima / Comunicante)

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 deli 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 CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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 INFECCAO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABETICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAIDA DE SECRECAO PIOSSANGUINOLENTA 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 CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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 INFECCAO DE PARTES MOLES, HEMATOMA INFECTADO EM PACIENTE DIABETICO TIPO II DESCOMPENSADO E COM SAIDA DE SECRECAO PIOSSANGUINOLENTA 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:** HOUE 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
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

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

## 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 CABELUDO.  
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 CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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 CABELUDO.  
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 INVIABILIZOU 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: RAIOS 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 CAVALCANTE **Data do acidente:** 08/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

## 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 CABELUDO.  
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