

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346528 **Cidade:** Itapiúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA FECHADA DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS; TÍBIA: HASTE INTRAMEDULAR. P1,4 - ANEXO 1 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

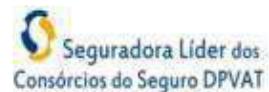
Observações: LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR/CRM PREJUDICADOS, DATA 06/05/2019. PÁGINA 01.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178061/19

Número do Sinistro: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILV

CPF: 605.210.873-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA : 605.210.873-84

Autorização de pagamento

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: 05/06/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

CPF: 605.210.873-84

Data do cadastramento: 05/06/2019

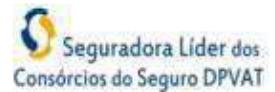
Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178061/19

Número do Sinistro: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

CPF: 605.210.873-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 19/06/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
CPF: 605.210.873-84

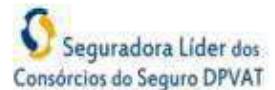
Data do cadastramento: 19/06/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa
CPF: 668.217.543-49

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Camila Feitosa Pedrosa

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0178061/19

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

CPF: 605.210.873-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA : 605.210.873-84

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 27/05/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA
CPF: 605.210.873-84

Data do cadastramento: 27/05/2019

Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

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 Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

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, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190346528

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

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\$ 4.050,00

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 001

Agência: 000003960-8

Conta: 0000026062-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Perfilha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do s/nistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

605.210.843-84 FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

PU BOA VISTA

Número:

34

Complemento:

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

TAPINHA

Estado:

CEARA

CEP:

62440-000

Tel.(DDDI):

85 997690969

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

 CONTA POUPANÇA (Somente para contas bancárias abertas. Anexe uma opção)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (23) | <input type="checkbox"/> Itaú (54) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (002) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101) |

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome da BANCO: **BANCO DO BRASIL - 001**

AGÊNCIA:

3160

CONTA:

8

 AGENCIA: **3160**

8

 CONTA: **26062**

2

(Inserir o dígito se existir)

(Informar o dígito se existe)

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob os penas da lei, que estou empossibilizado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização, de acordo com a legislação permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou | Investprev Seguradora S/A
27 MAI 2019 |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou | |
| <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de período. | |

Pelo motivo acima citado, enciso o preenchimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constando, desde já, em re substituir a avaliação médica as cuntas da Seguradora Lider, para verificação da existência e permanência de lesões de trânsito, conforme Lei 6.598/73, art. 32, §1º, declarando que esta autorização não significa prejuízo ao beneficiário, uma vez que a avaliação médica é renunciada ao direito de contestá-la, caso discordar 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:

MORTE

 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 pais/avós vivos? Sim Não

 Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

Local e data, _____ Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____
(*) / assinatura de quem assina A RODO	
X FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura
2º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, ou, se preferir, a 2 (duas) testemunhas maiores e alfabetizadas, comprometendo-se a ler-lhe claramente o teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FIS.001 1.001/2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA
Impresso nº 2019340269



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 413 - 686 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/05/2019 13:58:00**
Data / Hora da Ocorrência: **02/03/2019 23:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAPIUNA/CE**
Ponto de Referência: **ANTONIO PRÉ MOLDADOS**

Investprev Seguradora S/A
27 MAI 2019
CNPJ: 42.366.302/0001-28

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**
Nascimento: **02/07/1987** CPF: **605.210.873-84**
RG: **2008098046892** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE NAZARE FERREIRA DA SILVA**
N/D
Endereço: **SITIO BOA VISTA/JOÃO ROSA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **ITAPIUNA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(86) 99718-4335**

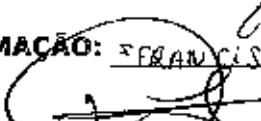
Histórico

A vítima informa que foi atropelada por um veículo não identificado o qual o condutor se evadiu do local no próprio veículo. A vítima informa que foi socorrida por um popular em um carro particular até o Hospital de Itaplúna, onde foi transferido de ambulância para o IJF Centro em Fortaleza, onde foi atendido passou por procedimento cirúrgico na perna direita e braço direito ficando internado até a data de 21/04/2019.

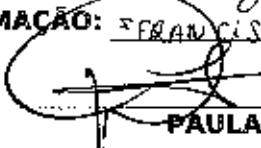
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ARACOIABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

 CLÁUDIO GALL - MAT.: 106210-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:  FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

VISTO DO DELEGADO(A):

 PAULA PEREIRA SEBASTIÃO - MAT.: 30124219

*Paula Pereira Sebastião
Delegada de Polícia Civil
Mat. 30124219-1-9*

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: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03960-8

CONTA: 00000026062-2

Nr. da Autenticação 22740B93665E8330

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346528 **Cidade:** Itapiúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DO RÁDIO DIREITO.
FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS; TÍBIA: HASTE INTRAMEDULAR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO E MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.
APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR/CRM PREJUDICADOS, DATA 06/05/2019.

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
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190346528 **Cidade:** Itapiúna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.
FRATURA FECHADA DE RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO RÁDIO: PLACA E PARAFUSOS; TÍBIA:HASTE INTRAMEDULAR.
P1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE 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.

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 %