

# 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 SILVA

**CPF:** 605.210.873-84

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

## 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](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: 05/06/2019

Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

CPF: 605.210.873-84

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019

Nome: Camila Feitosa Pedrosa

CPF: 668.217.543-49

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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-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](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: 19/06/2019  
Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA  
CPF: 605.210.873-84

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2019  
Nome: Camila Feitosa Pedrosa  
CPF: 668.217.543-49

\_\_\_\_\_  
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

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO DE ASSIS  
FERREIRA DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-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](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: 27/05/2019  
Nome: FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA  
CPF: 605.210.873-84

FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/05/2019  
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva  
CPF: 063.066.023-99

Antonia Daniella Ferreira da Silva

---

**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



---

**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



---

**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 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, 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, 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,





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: **605.210.843-84** Nome completo da vítima: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**

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

Nome completo: **FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA** CPF: **605.210.843-84**  
Profissão: **AGRICULTOR** Endereço: **PU BOA VISTA** Número: **34** Complemento: **CASA**  
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **ITAPIUNA** Estado: **CEARA** CEP: **62440-000**  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): **85 997690969**

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDA 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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (232) ☐ Itaú (540)  
☐ Itaú de São Paulo (001) ☐ Caixa Econômica Federal (101)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL - 001**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3160** **8** CONTA: **26062** **2**  
(Informe o dígito se existir) (Informe 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 eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já e corrente 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 acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentando, como dano, desde já, em vez de submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e permanência dos danos decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prova de culpa ou culpa e não afiliação médica ou recusa ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

Investprev Seguradora S/A

27 MAI 2019

CNPJ 42.366.302/0001-28

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grat. 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: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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, melhor o copiar, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, e, presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a autenticidade do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 413 - 686 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: <b>ACIDENTE DE TRÂNSITO</b>	<b>Investprev Seguradora S/A</b>  <b>27 MAI 2019</b>  <b>CNPJ: 42.366.302/0001-28</b>
Data / Hora da Comunicação: <b>23/05/2019 13:58:00</b>	
Data / Hora da Ocorrência: <b>02/03/2019 23:00:00</b>	
Endereço da Ocorrência: <b>RODOVIA CE 060</b>	
Complemento:	
Bairro: <b>ZONA RURAL</b> Município: <b>ITAPIUNA/CE</b>	
Ponto de Referência: <b>ANTONIO PRÉ MOLDADOS</b>	

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: <b>FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA DA SILVA</b>	
Nascimento: <b>02/07/1987</b> CPF: <b>605.210.873-84</b>	
RG: <b>2008098046892</b> Orgão Emissor: <b>SSPDS</b>	UF: <b>CE</b>
Filiação: <b>MARIA DE NAZARE FERREIRA DA SILVA</b>	
<b>N/D</b>	
Endereço: <b>SITIO BOA VISTA/JOÃO ROSA</b>	
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	
Município: <b>ITAPIUNA/CE</b>	CEP:
País: <b>BRASIL</b>	Telefone: <b>(88) 99718-4335</b>

**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 Itapiuna, 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 SEBASTIAO - MAT.: 30124219**

*Paula Pereira Sebastiao  
Delegada de Polícia Civil  
Mat. 3012421-9*

# 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: 000000026062-2

---

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 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, DESCRREVENDO 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 %	R\$ 0,00