

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249015 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E LUXAÇÃO DA URNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO) E ALTA MÉDICA. (P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

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: 3190249015 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E LUXAÇÃO DA ULNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO E ULNA: OSTEOSÍNTESE; AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO) E ALTA MÉDICA.
(P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (PÁG.2) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total		22,5 %	R\$ 3.037,50	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249015 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine 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: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E LUXAÇÃO DA ULNA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (RÁDIO E ULNA: OSTEOSÍNTESE; AMPUTAÇÃO DO 5º QUIRODÁCTILO) E ALTA MÉDICA.
(P8)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ (PÁG.2) SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
Total		22,5 %	R\$ 3.037,50	

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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249015

Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO GOMES MACIEL

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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190249015

Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO GOMES MACIEL

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, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190249015

Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190249015 Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL

Data do Acidente: 31/07/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO GOMES MACIEL

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: LEANDRO GOMES MACIEL

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000002608-5

Conta: 0000035419-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale a perda funcional ou anatômica availada, 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, 16 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190249015

Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL

Data do Acidente: 31/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEANDRO GOMES MACIEL

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

Documentação médico-hospitalar não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

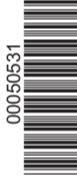
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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:	Nome completo da vítima:		
	05006506326	IGANDNO GOMES MACIEL		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:		
Profissão:	RG/USO - MG	Endereço:	RUA MIGUEL RIBEIRO 5	Número: 252 Complemento: 120
Raízes:	NOSSA SENHA DAS GRACIAS	Cidade:	FONTE ALCEZOS	Estatuto: CE CPF: 60.311-570
E-mail:	Tel (DDD): 85-987216053			

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> NELUSO 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\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> M\$7.001,00 ATÉ M\$20.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 26085 CONTA: 00354198
(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 Lider 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
 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 Lider 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/avôs 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, FONTE ALCEZOS, CE 26/03/19
Nome: IGANDNO GOMES MACIEL
CPF: 050.065.063-26

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Investprev Seguradora S/A

01 ABR 2019

2º | Nome: _____ CPF: _____ CNPJ: 42.366.302/0001-28

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL



Impresso nº 2019109620

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 569 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **14/02/2019 14:50:29**

Data / Hora da Ocorrência: **31/07/2018 20:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FRANCISCO SÁ**

Complemento: **C/ RUA PLÁCIDO DE CARVALHO**

Bairro: **CARLITO PAMPLONA** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Investprev Seguradora S/A

01 ABR 2019

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEANDRO GOMES MACIEL**

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Nascimento: **06/01/1992** CPF: **050.065.063-26**

RG: **2004010388005** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **LAIS CELESTINO GOMES**

ARMANDO RAMOS MACIEL

Endereço: **RUA HENRIQUE DIAS , 252 CASA 120**

Bairro: **NOSSA SENHORA DAS GRACAS**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.311-570**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98876-7937**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSH8810** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2JC4110ER810347 Renavam: **1014565542** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERMELHA Proprietário: **LEANDRO GOMES MACIEL** Situação: **NÃO**

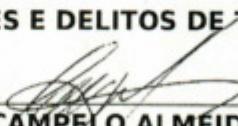
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

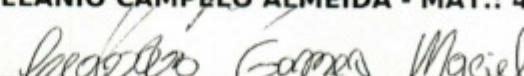
QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSH-8810 NA AV. FRANCISCO SÁ QUANDO UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE FUGIA DA POLICIA MILITAR INVADIU A CONTRAMÃO DA AV. FRANCISCO SÁ VINDO A COLIDIR COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS:COMUNICAÇÃO Falsa É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

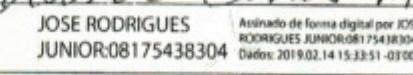

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:


JOSE RODRIGUES
JUNIOR:08175438304

Assinado de forma digital por JOSE RODRIGUES JUNIOR:08175438304
Data: 2019.02.14 15:33:51 -03'00"

VISTO DO DELEGADO(A) :


JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 14/02/2019 15:29:06

Pág. 1 de 1



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO GOMES MACIEL

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02608-5

CONTA: 000000035419-8

Nr. Autenticação

BRADESCO29042019050000000002370260800000035419472500 PAGO

DETAN - CE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 014414055128
VIA VICE01	CÓD. RÉNAM 1014565542	R.N.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2018	
LEANDRO GOMES MACTEL ***** ***** FORTALEZA/CE				
CPF / CNPJ 05006506326		PLACA OSH8810		
PLACA ANT / UF ***** / CE		CHASSI 9C2JC4110ER810347		
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLÓ/NAO APLIC.		COMBUSTÍVEL GASOLINA		
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS		ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014		
CAP / POT / CIL. 2P/0CV/124CC		CATEGORIA PARTIC CAR PREDOMINANTE VERMELHA		
I P V A	COTA ÚNICA ***** , **	VENC. COTA ÚNICA *** / *** / ***	VENC / COTAS 1º ***** 2º ***** 3º *****	
FAIXA I.P.V.A. ***		PARCELAMENTO / COTAS ***** , **		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO 007/00/0000
OBSERVAÇÕES ***** ***** *****				
FORTALEZA		LOCAL Igor Ponte Assentadoria	04/01/2019	
			DETRAN-CE	

Investprev Seguradora S/A

01 ABR 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249015 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 70°, pronação aos 40°, supinação aos 30°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 10°, extensão aos 10°, desvio ulnar aos 10°, desvio radial aos 10°, pronação aos 20°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto de sequelas repercutem em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de falange proximal do 4º e 5º dedos, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 0°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 0°, hiperextensão do quarto dedo aos 0°, hiperextensão do quinto dedo aos 0°.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 31/07/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro superior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional parcial e incompleta do membro superior esquerdo, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos radioulnar proximal e distal.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

**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.

Número do Sinistro: **3190249015**

Nome do(a) Examinado(a): **LEANDRO GOMES MACIEL**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Henrique Dias, 252 Fortaleza/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSPDS/CE / 2004010388005**

Data e local do acidente: **31/07/2018 - Fortaleza/CE**

Data e local do exame: **22/04/2019 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no membro superior esquerdo.

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

Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 70°, pronação aos 40°, supinação aos 30°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 10°, extensão aos 10°, desvio ulnar aos 10°, desvio radial aos 10°, pronação aos 20°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto de sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de falange proximal do 4º e 5º dedos, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 0°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 0°, hiperextensão do quarto dedo aos 0°, hiperextensão do quinto dedo aos 0°.

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

Sim

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

Sim

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

Perda funcional parcial e incompleta do membro superior esquerdo, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos radioulnar proximal e distal.

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" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%



Dra. Fernanda Rocha
Médica
CREMÉC 12.632

Dados da Reclamação

Protocolo:
2371467/2019

Situação:
Encaminhamento automático

Via:
Internet

Reclamada:
SEGURADORA LÍDER DÓS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.

Data:
16/05/2019 09:49:59

Dados do reclamante

Segurado:
LEANDRO GOMES MACIEL

UF:
CEARÁ

CPF/CNPJ:
050.065.063-26

Formas de contato

E-mail:
GLEICIANA26@GMAIL.COM

Telefone:
(85) 98721-6053

Celular:
(85) 98721-6053

Endereço:
RUA HENRIQUE DIAS 252 CASA 120

Bairro:
NOSSA SRA DAS GRACAS

CEP:
60.000-000

Cidade:
FORTALEZA

|CNPJ: 42.366.302/0001-28|

Dados da denúncia

Assunto:
Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Revisão de valores

Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:

SR ANALISTA, MEU PROCESSO SINISTRO 3190249015, PAGOU O VALOR DE R\$ 4.725,00 REFERENTE A INDENIZAÇÃO DO MEU SEGURO DPVAT, CONDUZO ESTE VALOR VEIO MUITO INFERIOR AO DEVIDO, POR CONTA DO MEU DANO PESSOAL SOFRIDO, ESTE COBERTO PELA LEI 6194/74 ALTERADA PELAS LEIS 11482 E 11945. DANO PESSOAL: FRATURA DE MÃO, FRATURA DE RÁDIO COM TRATAMENTO CIRÚRGICO, LUXAÇÃO DA URNA, AMPUTAÇÃO E DOIS DEDOS. DEVO A ISSO, O FATO DO MEU PROCESSO TER SIDO AVALIADO MAS ACREDITO QUE SE EU ENTRAR JUDICIALMENTE, TEREI MEUS DIREITOS ACEITOS, E MUITO POCO, FORA A DEPRESSÃO QUE OBTIVE, DEPOIS DO ACIDENTE QUANDO OLHO PRA MINHA MÃO E A VEJO COMO ÉSTA.. MÉDICA. DIANTE DO EXPOSTO, SOLICITO NOVA E IMEDIATA MARCAÇÃO DE PERICIA MÉDICA PARA A DEVIDA AFERIÇÃO DA EXTENSÃO DO MEU DANO PESSOAL. OBS: UMA CÓPIA DESTA RECLAMAÇÃO, SERÁ ENVIADA AO MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a), Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279, de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação. Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à Susep.		16/05/2019 09:49:59

Para acessar os dados da sua reclamação, Clique aqui

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190249015 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO GOMES MACIEL **Data do acidente:** 31/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 70°, extensão aos 70°, pronação aos 40°, supinação aos 30°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Ao exame físico do punho esquerdo apresenta flexão aos 10°, extensão aos 10°, desvio ulnar aos 10°, desvio radial aos 10°, pronação aos 20°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto de sequelas repercutem em todo o membro superior esquerdo, em grau médio. Ao exame físico da mão esquerda apresenta com amputação ao nível de falange proximal do 4º e 5º dedos, articulação metacarpofalangeana do quarto dedo aos 0°, articulação metacarpofalangeana do quinto dedo aos 0°, hiperextensão do quarto dedo aos 0°, hiperextensão do quinto dedo aos 0°.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 31/07/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso e cirúrgico para a fratura do rádio distal esquerdo, amputação traumática da falange proximal do 4º e 5º quirodáctilos esquerdos e luxação da cabeça da ulna esquerda. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro superior esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda funcional parcial e incompleta do membro superior esquerdo, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos radioulnar proximal e distal.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/04/2019

Conduta mantida:

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00