



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8691830

A/C: JOSE MARIA PEREIRA

**Sinistro:** 3160124077  
**Vitima:** JOSE MARIA PEREIRA  
**Data Acidente:** 25/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** OLIVEIRA FELIX DA COSTA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8696960

A/C: JOSE MARIA PEREIRA

Sinistro: 3160124077  
Vitima: JOSE MARIA PEREIRA  
Data Acidente: 25/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: OLIVEIRA FELIX DA COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **18/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2016

Carta nº: 8990598

A/C: JOSE MARIA PEREIRA

Sinistro: 3160124077 ASL-0081504/16  
Vitima: JOSE MARIA PEREIRA  
Data Acidente: 25/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: OLIVEIRA FELIX DA COSTA

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/04/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **25/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2016

Carta nº: 9112674

A/C: JOSE MARIA PEREIRA

Sinistro: 3160124077 ASL-0081504/16  
Vítima: JOSE MARIA PEREIRA  
Data Acidente: 25/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: OLIVEIRA FELIX DA COSTA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2016

Carta nº: 9192091

A/C: JOSE MARIA PEREIRA

Sinistro: 3160124077 ASL-0081504/16  
Vítima: JOSE MARIA PEREIRA  
Data Acidente: 25/12/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: OLIVEIRA FELIX DA COSTA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MARIA PEREIRA

Valor: R\$ 3.712,50

Banco: 104

Agência: 000000760

Conta: 0000033494-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.712,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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: 06/06/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.712,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARIA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00760

CONTA: 000000033494-9

---

Nr. da Autenticação 3C2535DF3E63A2D0

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160124077

**Cidade:** João Câmara

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE MARIA PEREIRA

**Data do acidente:** 25/12/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE. LESÃO CORTO CONTUSA DO DORSO NASAL DE CERCA DE 1 CM. FRATURA NA HEMIFACE DIREITA (PAREDE MEDIAL, ASSOALHO E TETO DA ÓRBITA, PAREDES DO SEIO MAXILAR, PIRAMIDE NASAL E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ). FRATURA LINEAR FRONTAL DIREITA COM HEMOSSINUS. FRATURA DO QUADRIL (TRAUMA CONTUSO DO ANEL PÉLVICO). TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR E DORMÊNCIA DA LADO DIREITO DA FACE, LACRIMEJAMENTO E VISÃO TURVA EM OLHO DIREITO E COM DIFICULDADE PARA RESPIRAR PELO NARIZ. RELATA DOR EM QUADRIL E JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, CORRER, USAR DEGRAUS E AGACHAR. DORMÊNCIA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZ EM DORSO NASAL. SINAIS DE OBSTRUÇÃO NASAL. SEM ASSIMETRIA FACIAL E SEM ALTERAÇÕES OCULARES VISÍVEIS. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO. DEFORMIDADE SALIENTE DE CONSISTÊNCIA ÓSSEA DOLOROSA À DÍGITO PRESSÃO EM FACE LATERAL EXTERNA DO JOELHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA À ESQUERDA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO E EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DE FACE DESCRITAS ACIMA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA DO QUADRIL E DA CONTUSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 20 DIAS. RELATA QUE PERMANECIU INTERNADO POR 25 DIAS, EM REPOUSO, NO AGUARDO DA CIRURGIA DA BACIA, MAS QUE NÃO REALIZOU. SEGUNDO A VÍTIMA FOI INFORMADO QUE HOUE "AFASTAMENTO" DA BACIA DE CERCA DE 3 CM. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/05/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** OPTAMOS POR CONSIDERAR APENAS MIE POR NÃO TERMOS COMO CONFIRMAR DISFUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA. NÃO OBSERVAMOS DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

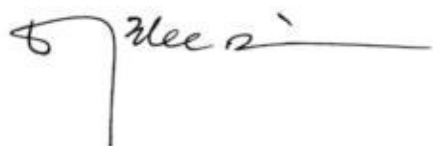
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160124077

**Cidade:** João Câmara

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE MARIA PEREIRA

**Data do acidente:** 25/12/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 23/05/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE,MÃO DIREITA,QUADRIL E JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOCUMENTO INCONCLUSIVO

## 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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160124077

**Cidade:** João Câmara

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE MARIA PEREIRA

**Data do acidente:** 25/12/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE. LESÃO CORTO CONTUSA DO DORSO NASAL DE CERCA DE 1 CM. FRATURA NA HEMIFACE DIREITA (PAREDE MEDIAL, ASSOALHO E TETO DA ÓRBITA, PAREDES DO SEIO MAXILAR, PIRAMIDE NASAL E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ). FRATURA LINEAR FRONTAL DIREITA COM HEMOSSINUS. FRATURA DO QUADRIL (TRAUMA CONTUSO DO ANEL PÉLVICO). TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR E DORMÊNCIA DA LADO DIREITO DA FACE, LACRIMEJAMENTO E VISÃO TURVA EM OLHO DIREITO E COM DIFICULDADE PARA RESPIRAR PELO NARIZ. RELATA DOR EM QUADRIL E JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, CORRER, USAR DEGRAUS E AGACHAR. DORMÊNCIA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZ EM DORSO NASAL. SINAIS DE OBSTRUÇÃO NASAL. SEM ASSIMETRIA FACIAL E SEM ALTERAÇÕES OCULARES VISÍVEIS. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVAÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO. DEFORMIDADE SALIENTE DE CONSISTÊNCIA ÓSSEA DOLOROSA À DIGITO PRESSÃO EM FACE LATERAL EXTERNA DO JOELHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA À ESQUERDA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO E EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DE FACE DESCRITAS ACIMA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA DO QUADRIL E DA CONTUSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 20 DIAS. RELATA QUE PERMANECIU INTERNADO POR 25 DIAS, EM REPOUSO, NO AGUARDO DA CIRURGIA DA BACIA, MAS QUE NÃO REALIZOU. SEGUNDO A VÍTIMA FOI INFORMADO QUE HOUE "AFASTAMENTO" DA BACIA DE CERCA DE 3 CM. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 31/05/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:** OPTAMOS POR CONSIDERAR APENAS MIE POR NÃO TERMOS COMO CONFIRMAR DISFUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA. NÃO OBSERVAMOS DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO.

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### PRESTADOR

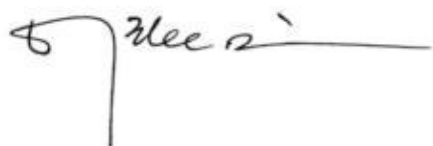
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**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**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSE MARIA PEREIRA** Sinistro: **3160124077** Data: **25/12/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO PASSAGEM DOS CABOCLOS, 56 - ZONA RURAL - João Câmara - RN - CEP 59550-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **1.318.978**

Data local do exame: [ **31/05/2016** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**TRAUMA DE FACE. LESÃO CORTO CONTUSA DO DORSO NASAL DE CERCA DE 1 CM. FRATURA NA HEMIFACE DIREITA (PAREDE MEDIAL, ASSOALHO E TETO DA ÓRBITA, PAREDES DO SEIO MAXILAR, PIRAMIDE NASAL E OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ). FRATURA LINEAR FRONTAL DIREITA COM HEMOSSINUS. FRATURA DO QUADRIL (TRAUMA CONTUSO DO ANEL PÉLVICO). TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO. A VÍTIMA REFERE DOR E DORMÊNCIA DA LADO DIREITO DA FACE, LACRIMEJAMENTO E VISÃO TURVA EM OLHO DIREITO E COM DIFICULDADE PARA RESPIRAR PELO NARIZ. RELATA DOR EM QUADRIL E JOELHO ESQUERDO COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS E DIFICULDADE PARA DEAMBULAR, CORRER, USAR DEGRAUS E AGACHAR. DORMÊNCIA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO 1º DEDO DO PÉ ESQUERDO. MARCHA CLAUDICANTE, SEM EDEMA LOCAL. CICATRIZ EM DORSO NASAL. SINAIS DE OBSTRUÇÃO NASAL. SEM ASSIMETRIA FACIAL E SEM ALTERAÇÕES OCULARES VISÍVEIS. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE ELEVÇÃO, ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO. DEFORMIDADE SALIENTE DE CONSISTÊNCIA ÓSSEA DOLOROSA À DIGITO PRESSÃO EM FACE LATERAL EXTERNA DO JOELHO ESQUERDO. LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO. AGACHAMENTO LIMITADO À ESQUERDA. HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA À ESQUERDA. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DORSIFLEXÃO E EXTENSÃO DO 1º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DE FACE DESCRITAS ACIMA. TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMA DO QUADRIL E DA CONTUSÃO DO JOELHO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 20 DIAS. RELATA QUE PERMANECERU INTERNADO POR 25 DIAS, EM REPOUSO, NO AGUARDAR DA CIRURGIA DA BACIA, MAS QUE NÃO REALIZOU. SEGUNDO A VÍTIMA FOI INFORMADO QUE HOUVE "AFASTAMENTO" DA BACIA DE CERCA DE 3 CM. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**Estruturas cranio faciais**

% do dano: ( **X** ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):  
**Membro inferior esquerdo**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**OPTAMOS POR CONSIDERAR APENAS MIE POR NÃO TERMOS COMO CONFIRMAR DISFUNÇÃO DA SÍNFISE PÚBLICA. NÃO OBSERVAMOS DIMINUIÇÃO DA MOBILIDADE DO QUADRIL DIREITO.**

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN