

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180077921

Vitima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180077921**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12399609



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180077921
Vitima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180077921**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180077921
Vitima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180077921**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180077921
Vitima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180077921**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro: 3180077921
Vítima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

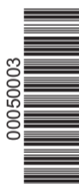
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180077921** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº: 12775514

A/C: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180077921
Vítima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Data do Acidente: 03/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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 RODRIGUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003893

Conta: 000003947-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180077921
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Rezende, 12
Centro Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 377.883
Data local do acidente: [03/09/2017]
Data local do exame: [25/04/2018] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACAS E PARAFUSOS.

Complicações: ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ.

Data da Alta: 03/10/2017

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DA PERNA, OUTRA NA FACE LATERAL DA PERNA E MALÉOLO, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO OSSEO), ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, EDEMA E HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO,,
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 05 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)**

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 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

☐ () "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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 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):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180077921
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rodrigues dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Rezende, 12
Centro Poco Redondo SE CEP: 49810-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 377.883
Data local do acidente: [03/09/2017]
Data local do exame: [25/04/2018] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM PLACAS E PARAFUSOS.

Complicações: ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E PÉ.

Data da Alta: 03/10/2017

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DA PERNA, OUTRA NA FACE LATERAL DA PERNA E MALÉOLO, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO OSSEO), ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, EDEMA E HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO,,
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 05 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)**

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 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

☐ () "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):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 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):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180077921

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Data do acidente: 03/09/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DA PERNA, OUTRA NA FACE LATERAL DA PERNA E MALÉOLO, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO ÓSSEO), ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, EDEMA E HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO,, ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 05 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °) ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180077921 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180077921

Cidade: Poço Redondo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE RODRIGUES DOS SANTOS

Data do acidente: 03/09/2017

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DISTAL DA TÍBIA E EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), PRESENÇA DE CICATRIZ NA FACE ANTERIOR DA PERNA, OUTRA NA FACE LATERAL DA PERNA E MALÉOLO, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO LATERAL (CALO ÓSSEO), ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, EDEMA E HIPERCROMIA DE PELE EM FORMA,, BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO,, ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 05 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °) ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Victor Borba