

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](http://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, 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 informadas 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](http://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 informadas 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](http://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 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](http://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](http://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 n°: 12775514

A/C: 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

**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:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

**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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



**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: 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 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 DÓ MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.**

**ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 0 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °)**

**ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)**

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

Sim  Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Otacílio Nascimento Junior*

Manoel Otacílio Nascimento Junior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1627

**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: 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 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 DÓ MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.**

**ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 0 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 20 °)**

**ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 12 ° (AMPLITUDE ARTICULAR 0 ° A 45 °)**

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

Sim  Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam susceptíveis 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):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 Otacílio Nascimento Junior*

Manoel Otacílio Nascimento Junior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1627

# 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 PERNAS, OUTRA NA FACE LATERAL DA PERNAS E MALÉOLO, FORÇA MUSCULAR DA PERNAS 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, EVERSAO, 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink that reads 'Victor Ramiros Reynaux 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, EVERSAO, 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## 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:**

A handwritten signature in blue ink that reads 'Victor Ramiros Reynaux Borba'.