

	<p><b>Protocolo Nº 20190325122102596</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>Poço Redondo da Comarca de POCO REDONDO</b> em 25/03/2019 00:21 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	--

**DADOS DO PROTOCOLO**

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201986000147

**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem		
<b>Número</b> 201986000147	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> Poço Redondo
<b>Guia Inicial</b> 201913100099	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 06/02/2019

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	71193456568	JOSE RODRIGUES DOS SANTOS
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	<a href="#">2577342_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_01.pdf</a>	Petição
2	<a href="#">2577342_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01.pdf</a>	Outros documentos

**ATENÇÃO!**

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser

- preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
  3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
  4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
  5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

**Imprimir**



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE POCO REDONDO/SE**

**Processo:** 00001428720198250059

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE RODRIGUES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

POCO REDONDO, 25 de março de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

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 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, 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 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**

Carta nº 12575882



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](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 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](http://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*