

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA LUCIANA DINIZ

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00036-1

CONTA: 000010061548-1

---

Nr. da Autenticação 8717D50EC6235DC0

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014082549**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA LUCIANA DINIZ **Data do acidente:** 24/11/2013**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 5997

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO D

**Descrição do exame médico pericial:** Dificuldade de realizar flexão do joelho direito, associada a dor local pos trauma.

**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR

**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO DO JOELHO D

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 17/02/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** DIXON F MEDEIROS LIMA

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50

**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**

Nome do(a) Examinado(a): Maria Luciana Diniz  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Frei Bernardo, 44 Casa  
Lagoa do Mato Mossoró RN CEP: 59600-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 1671029  
Data local do exame: [ 17/02/2014 ] Mossoró [ 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)

**Joelho direito.**

- 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.

**Paciente vitima de queda de moto no dia 24/11/2013 em Mossoro,apresentou trauma em joelho direito,sem fratura com possível lesão ligamentar,realizado imobilização e liberado para tratamento em casa.**

- 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.

**Dificuldade de realizar flexão do joelho direito,associada a dor local pos trauma.**

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):

**Joelho direito**

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

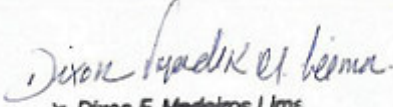
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

- 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 (\*).

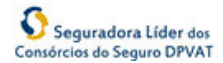
( ) Total = "100% da IS"

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Dixon F. Medeiros Lima**  
- UNICO GERAL E CARDIOLOGIA  
CRM 5897

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014082549**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA LUCIANA DINIZ**Data do acidente:** 24/11/2013**Emissor do parecer:** Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT**CRM do médico:** 31475-9

## PARECER

**Data da análise:** 12/02/2014**Valoração do IML:** 0,00**Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** TRAUMA A ESCLARECER**Resultados terapêuticos:** NÃO ESPECÍFICO**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES. AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** MARIA TEREZA**UF do CRM do médico:** RJ

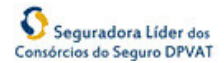
## DANOS

**Dano**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014082549**Cidade:** Mossoró**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MARIA LUCIANA DINIZ**Data do acidente:** 24/11/2013**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 5997

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMA EM JOELHO D**Descrição do exame médico pericial:** Dificuldade de realizar flexão do joelho direito, associada a dor local pos trauma.**Resultados terapêuticos:** TTT CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** DANO MÉDIO DO JOELHO D**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 17/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** DIXON F MEDEIROS LIMA**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um joelho	25	1	50

**Valor avaliado:** 1.687,50