

---

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO ALVES DE SOUSA**  
  
Nº Sinistro: **3180143999**  
Vitima: **ANTONIO ALVES DE SOUSA**  
Data do Acidente: **30/12/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **LINDEMBERG FERREIRA AIRES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180143999**.

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**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180143999      **Cidade:** Choró      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO ALVES DE SOUSA      **Data do acidente:** 30/12/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO. FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO EM CERCA DE 15 GRAUS DA EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DA FLEXÃO DO JOELHO COM INSTABILIDADE LATERAL. DEFORMIDADE ÓSSEA COM REBAIXAMENTO DO PLANALTO TIBIAL LATERAL. TESTE DE GAVETA POSITIVA PARA LESÃO DO CRUZADO ANTERIOR E MARCHA CLAUDICANTE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO REALIZADO COM LIMPEZA CIRÚRGICA, OSTEOSÍNTESE DA TÍBIA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS E FIXAÇÃO DO PLATÔ COM DOIS PARAFUSOS CORTICais. REALIZADA POSTERIORMENTE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Casemiro Dutra de Medeiros Junior

**CRM do médico:** 6818

**UF do CRM do médico:** CE

## 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>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ANTONIO ALVES DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01593-8

CONTA: 000000511217-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO4052018050000000002370159300000511217472500 PAGO

**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: **3180143999**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIO ALVES DE SOUSA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**DT JUAZEIRO, S/N - DT PALESTINA - Choró - CE - CEP 63950000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2008557565-2**

Data e local do acidente: [ **30/12/2017** ] **CHORÓ LIMÃO, CE**

Data e local do exame: [ **30/04/2018** ] **Fortaleza [ CE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

***FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO. FRATURA PROXIMAL DA TIBIA ESQUERDA.***

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

***TRATAMENTO REALIZADO COM LIMPEZA CIRÚRGICA, OSTEOSÍNTESE DA TÍBIA COM USO DE PLACA E PARAFUSOS E FIXAÇÃO DO PLATÔ COM DOIS PARAFUSOS CORTICais. REALIZADA POSTERIORMENTE IMOBILIZAÇÃO E SESSÕES DE FISIOTERAPIA.***

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

***AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA BLOQUEIO EM CERCA DE 15 GRAUS DA EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO. REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DA FLEXÃO DO JOELHO COM INSTABILIDADE LATERAL. DEFORMIDADE ÓSSEA COM REBAIXAMENTO DO PLANALTO TIBIAL LATERAL. TESTE DE GAVETA POSITIVA PARA LESÃO DO CRUZADO ANTERIOR E MARCHA CLAUDICANTE.***

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

[ **X** ] Sim [   ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [   ] Não

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

***Limitação funcional 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% 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

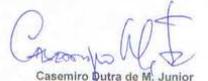
Região Corporal (Sequela):

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

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 a valoração do dano corporal.



Casemiro Dutra de M. Junior  
CREMEC 6818 CPF 120.679.68-27  
MÉDICO

Casemiro Dutra de Medeiros Junior - CRM: 6818 - CE