

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ONILDO TAVARES DE BRITO**

Nº Sinistro: **3180504396**

Vitima: **JOSE LUCAS DA SILVA BRITO**

Data do Acidente: **10/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180504396**.

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 13530108



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 155.096.894-71	Nome completo da vítima José buyos da Silva Brito
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Oswaldo TAVARES de Brito	CPF titular da conta 225.648.294-49	Profissão vigilante
Endereço R. Phile 37 Cesto Redentor	Número 37	Complemento
Bairro Cesto Redentor	Cidade João Pessoa	Estado P.B
Email	CEP 58070-8	Telefone (DDD) 83-99921-9283

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. [ ] DV [ ] (Informar dígito se existir)		BANCO Nome Bradesco NRO. [ ]	
CONTA NRO. [ ] DV [ ] (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. 0435 DV 9 (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. 88181 DV 3 (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa, 24 de outubro de 2018

Local e Data

Oswaldo TAVARES de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01982.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01982.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:59 horas do dia 18 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Onildo Tavares de Brito**, CPF nº 225.648.294-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Alzira Feliciano de Brito e Severino Tavares de Brito, natural de Alagoa Grande/PB, nascido(a) em 09/07/1960 (58 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Chile, Nº 37, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Igreja Universal, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-0388.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Dom Bosco, Próximo Ao Lava Jato do Gavião, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/18 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE trafegava com o veículo pas/tipo motocicleta, marca e modelo HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo: 2011 de cor: vermelha, placa: NPT 5043/PB, Chassi nº 9C2KC1670BR500147, registrado em nome do notificante; QUE segundo o notificante seguia normalmente onde vinha no carona o seu filho de nome: JOSÉ LUCAS DA SILVA BRITO, portador do RG nº 4.190.787 SSP/PB, filho do notificante e de Maria José da Silva Brito; QUE segundo o notificante um veículo GM/Chevett cruzou a rua sem ter a devida atenção e para que não viesse a colidir com este veículo o notificante brecou bruscamente, fazendo com que seu filho que vinha no carona caísse ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1300/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 27.03.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por TERCEIRO Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,6 e S82,5

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de outubro de 2018.

  
JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
ONILDO TAVARES DE BRITO  
COM Notificante  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 OUT. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 01982.01.2018.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Lucas do Silva Brito

CPF da Vítima

155.036.894-71

Data do Acidente

10-02-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Ovídio TAVARES de Brito

CPF do Representante legal

225.648.294-49

Email

Telefone (DDD) (83)

99921-9283

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

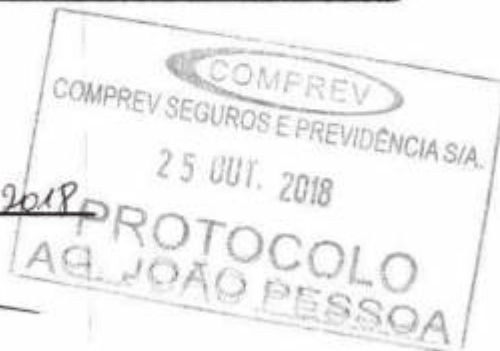
João Pessoa, 24 de outubro de 2018

Local e Data

Ovídio TAVARES de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

05/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

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

CLIENTE: ONILDO TAVARES DE BRITO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00435-9

CONTA: 000000088181-3

Nr. Autenticação

BRADESCO0511201805000000000023700435000000088181168750 PAGO

## CERTIDÃO

Nº. 1300/2018

Atendendo solicitação de ONILDO TAVARES DE BRITO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 101890 e Prontuário de Nº2018.02.001456, pertencente a **JOSE LUCAS SILVA BRITO** que foi atendido dia 10/02/2018 às 15H57min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em calcâneo esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do calcâneo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 21/02/2018 com alta médica dia 22/02/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida , Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 24 de setembro de 2018

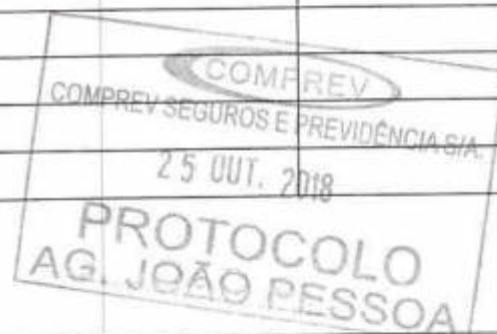
*Rosângela M. Escorel Almeida*  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





Nome: JOSE LUCAS DA SILVA BRITO				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
			Traumatologia		
Data: 21 / 02 / 2019			Cirurgião: DR. CARLOS TIAGO		
1º Assistente: DR. THALES COUCEIRO			2º Assistente: DR. LEONARDO R1		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
LESÃO DO TENDÃO DE AQUILES				S82.6+S82.5	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
O mesmo					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
TENORRAFIA					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não</p> <p>Descreva:</p>					
<p>Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</p> <p>1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: \_\_\_\_\_

HDA: \_\_\_\_\_

*1255 transferida em t.*

*enfermagem (3552)*

*grupo: t. transferido (3552)*

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Kg em ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Rigidez pós-reposu ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob raqui-anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

EM S, EM TOPOGRAFA DO TENDÃO DE AQUILES

Achados:

Visualização de LESÃO TOTAL DO TENDÃO DE AQUILES

Condução:

Realizado LMC de hematoma local e desbridamento de tecidos desvitalizados

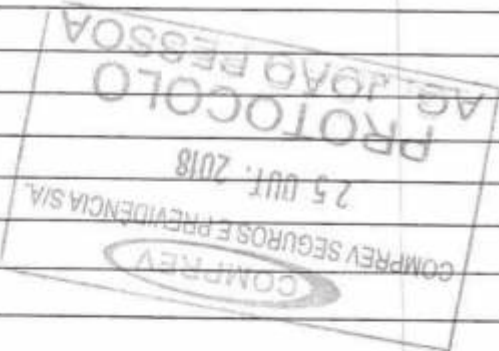
Realizado tenorrafia de tendão de aquiles

Sutura por planos anatômicos

Realizada imobilização com tala bota

Fechamento:

OBS:



Dr. Leonardo Miranda  
Médico  
CRM-PB 8877

MÉDICO/CRM

Data: 21/02/18



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

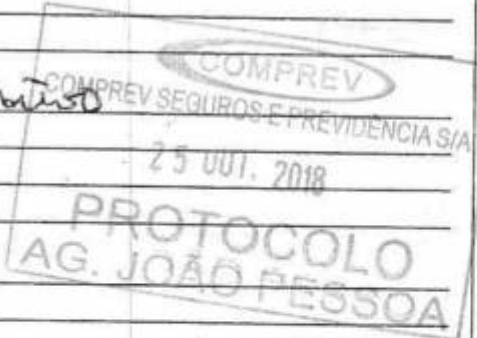
SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_



Dr. Flávio Henrique Loyola  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PB 10.205





**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

NOME: Isso Lima da S. Bruf

Lado Negro

Prescreva cultura de secreção  
de furúnculo, seu cultivo em  
meio com gás de fermentação  
de agulhas. Prescreva antibiótico  
e fito-vegetal de mucosa

586.0

10/04/18

Dr. Carlos Tago da S. Chaves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9293

Assinatura e Carimbo



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.190.787 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/09/2013

NOME JOSÉ LUCAS DA SILVA BRITO

FILIAÇÃO ONILDO TAVARES DE BRITO  
MARIA JOSÉ DA SILVA BRITO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 28/06/2001

DOC ORIGEM NASC.N.25594 FL9.217V LTV.A23  
CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA-PB

ASSINATURA [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/88

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-236

*João Lucas da Silva Brito*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
25 JUL 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
155.096.894-71

Nome  
JOSE LUCAS DA SILVA BRITO

Nascimento  
28/06/2001





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180504396 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS DA SILVA BRITO **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO (LESÃO DO TENDÃO DE AQUILES).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

**CRM:** 5255920-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180504396 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE LUCAS DA SILVA BRITO **Data do acidente:** 10/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO (LESÃO DO TENDÃO DE AQUILES).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50