

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**

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 Luiz de Souza Brito

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

Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Ovílio Tavares de Brito		925.648.294-49	Vigilante
Endereço	R. Phile 37 Custo Redentor	Número	37
Bairro	Custo Redentor	Estado	P. B
Email	joseluzsouza@bol.com.br	CEP	58070-8
		Telefone (DDD)	93.99921-9283

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	

 **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar dígito se existir)			

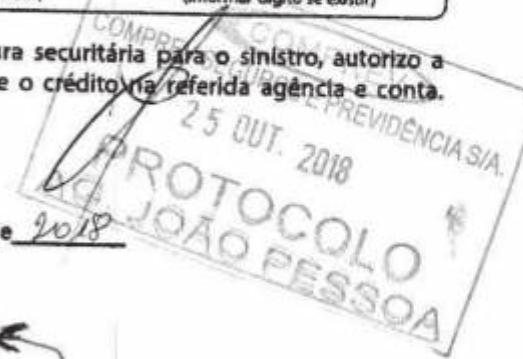
 **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO	
Bradesco		<input type="text"/>	
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
<input type="text"/> 0435	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 88181	<input type="text"/> 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. Isto após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

José Luiz de Souza Brito, 24 de outubro de 2018

Local e Data



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.**

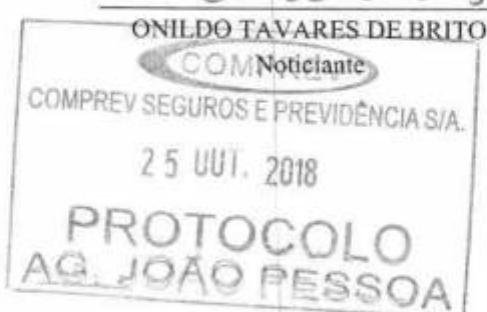
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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/Chevette 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 DR<sup>a</sup> 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.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação



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

jose luisas do silva muto

CPF da Vítima

155.096.894-71

Data do Acidente

10-02-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Onildo Tonon de Muto

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:

**Assinale uma das opções abaixo:**

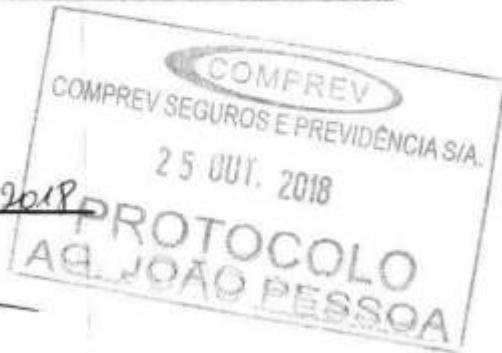
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha 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 Lider 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.

jose luisas do silva muto, 24 de outubro de 2018

Local e Data



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

BRADESCO5112018050000000002370043500000088181168750 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.

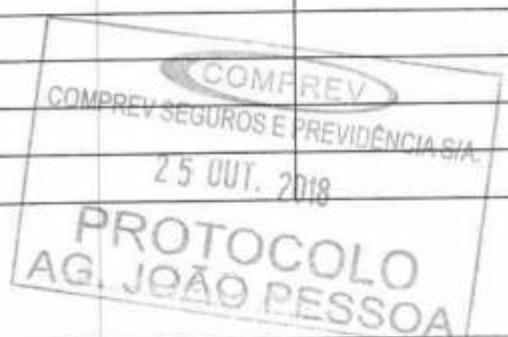
E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

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: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
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>					
<i>LESÃO DO TENDÃO DE AQUILES</i>					
S82.6+S82.5					
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					
<i>TENORRÁFIA</i>					
 COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SOCIAL 25 OUT. 2018					
<b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

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

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

QPD: \_\_\_\_\_  
HDA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ ISSS fui no m. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ aniversário (ISSS)  
\_\_\_\_\_ gen. + f. futebol (ISSS)

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25/01/2018

PROTÓCOLO  
AGENCIA JOÃO PESSOA

### 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: \_\_\_\_\_  
[ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispnéia [ ] Dispnéia [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Soluço [ ] 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-reposo [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

SN e PSQ: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

DR. LEONARDO M. MARQUES  
CRM-PB 8877  
Médico

Data: 01/02/18

OBS:

Fechamento:

Realizada imobilização com tala Bota

Sutura por planos anatômicos

Realizada tenorrafia de tendão de aquiles

Realizada LMC de hematomas locais e desgredamento de tecidos desvitalizados

Conduta:

Visualização de lesão total do tendão de aquiles

Achados:

EM S, EM TOPOGRAFIA DO TENDÃO DE AQUILES

Incisão:

Apoio/ciclos cirúrgicos esteréis

Assespsta + Antissepsia

Realizada garrateamento de membro inferior

Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia

Posição e 'preparo:

DESCRÍCIAO DA CIRURGIA

**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: \_\_\_\_\_

-> Ptos tuberosos  
+ Ptos rosados

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

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

Ptos tuberosos

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

+ Lúpus ev. O

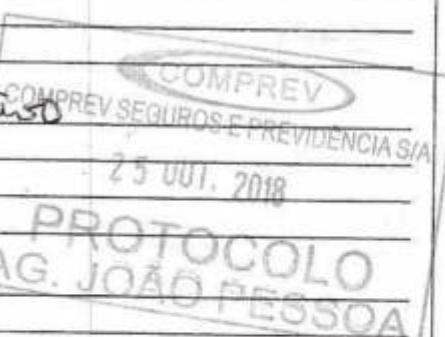
SME: \_\_\_\_\_

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

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

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Ptos tuberosos +  
Ptos rosados



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

2.º tch.

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



### RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Isso hinc Ós Brux

Varo naco

Pessoal com histórico de exames  
de fumado, seu enfoque  
não tem sido de fumo  
& apelos. Pessoal exibiu  
e foi alegado a massa

586.0

10/04/18

Dr. Carlos Tagliari Chaves  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PB 9290 / 15816  
Assinatura e Carimbo



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROJETO GERAL	4.190.787	DATA DE EXPEDIÇÃO	18/09/2013
NAME	JOSE LUCAS DA SILVA BRITO		
PLACÃO	ONILDO TAVARES DE BRITO MARIA JOSÉ DA SILVA BRITO		
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB		
DOC. ORIGEM	DATA DE NASCIMENTO 28/06/2001		
NASC. N. 25594 FLS. 217V LIV. A23 CARTÓRIO 5º JOÃO PESSOA-PB			
<small>Assento Autônomo da Série C/07 Assentos de Identidade C/07</small> <small>LEI N° 7.118 DE 29/08/88</small>			



COMPREV  
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 VIII. 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>