

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180491703 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 31/07/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA ABERTA DA PERNA ESQUERDA COM ACENTUADA PERDA DE SUBSTÂNCIA (DIÁFISE TIBIAL), LESÃO DO TIBIAL ANTERIOR E FIBULAR LONGO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA PERNA E DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE, PRESENÇA DE CICATRIZES IRREGULARES EXTENSAS COM FIBROSES E ÁREAS DE ENXERTO, BLOQUEIO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO, DO TORNOZELO E DA DORSIFLEXÃO DO PÉ.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS, TENTATIVA DE REPARAÇÃO DE LESÃO DE TENDÕES, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO, PLÁSTICAS REPARADORAS E TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ALTA COM PREJUÍZO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 28/11/2018

**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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380939/18

**Vítima:** CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 058.356.453-41

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 31/07/2017

**Titular do CPF:** CLAUDIO VANIO  
FERREIRA DOS SANTOS

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### NAZARENO GOMES DE SOUSA : 314.320.693-49

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS : 058.356.453-41

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/10/2018  
Nome: NAZARENO GOMES DE SOUSA  
CPF: 314.320.693-49

\_\_\_\_\_  
NAZARENO GOMES DE SOUSA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2018  
Nome: KARINE SANTANA ROMUALDO  
CPF: 011.566.373-84

\_\_\_\_\_  
KARINE SANTANA ROMUALDO

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180491703**

Vitima: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NAZARENO GOMES DE SOUSA**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180491703**.

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 13498210



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Nº Sinistro: **3180491703**  
Vitima: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **31/07/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **NAZARENO GOMES DE SOUSA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180491703**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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 Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**

Sinistro: **3180491703**

Vítima: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NAZARENO GOMES DE SOUSA**

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 3180491703** 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**

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

058 356 453 41

Nome completo da vítima

Claudio Varrio Ferreira dos Santos

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

Nome completo

Claudio Varrio Ferreira dos Santos

CPF titular da conta

058 356 453 41

Profissão

Chapeiro

Endereço

Rua Nova Conquista

Número

243

Complemento

Cs 34

Bairro

Bom Jardim

Cidade

Fortaleza

Estado

Ceará

CEP

60543355

Email

---

Telefone (DDD)

(85) 3483-2904

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**

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

1469

D/V

CONTA

NRO.

70306

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

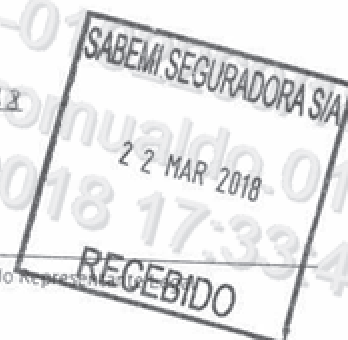
Fortaleza, 14 de março de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46



ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46

ASL-0102260/18  
karine.romualdo.0113  
18/10/2018 17:33:46





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

FLS. \_\_\_\_\_

RUBRICA  
AUTORIDADE POLICIAL**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 880 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **21/02/2018 11:28:49**  
Data / Hora da Ocorrência: **31/07/2017 18:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA DO CANAL**  
Complemento:  
Bairro: **LAGAMAR** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência: **PROX AO SINDUONIBUS**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Nascimento: **18/01/1992** CPF: **058.356.453-41**  
CTPS: **4480267-0030** Orgão Emissor: **MTE**  
Filiação: **IVONETE FERREIRA DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA , 243 CASA 34**  
Bairro: **BOM JARDIM**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL**

SABEMI SEGURADORA S/A

22 DE JUL DE 2018

RECEBIDO

CEP: 60.543-355

Telefone: **(85) 98971-2776**Nome: **TAMIRES VERAS DO NASCIMENTO**Nascimento: **17/08/1995** CPF: **068.718.713-30**RG: **2008178764-7**Orgão Emissor: **SSPDS**UF: **CE**Filiação: **TEREZA VERAS DE SOUSA****FRANCISCO FERNANDES DO NASCIMENTO**Endereço: **RUA SAO TEMOTEO, 1575**Bairro: **CANINDEZINHO**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.731-050**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98715-2849****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NVA2457** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:  
**9C2JC4110BR301891** Renavam: **270405526** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**VERMELHA** Proprietário: **FERNANDO SALES DE ABREU** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE(PILOTO E VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NVA-2457-CE, MAS NÃO POSSUI HABILITAÇÃO(CNH) E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(TAMIRES VERAS DO NASCIMENTO); QUE TRAFEGAVA PELA RUA DO CANAL; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA NA VIA SEM SINALIZAR, OCASIONA A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PELO SAMU SENDO LEVADAS PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//

OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 880 / 2018**

**PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Cláudio Antonio Ferreira dos Santos*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

*Tamires Viana do Nascimento*

SABEMI SEGURADORA S/A

22 MAR 2018

RECEBIDO

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

Claudio Varito Ferreira dos Santos

CPF da Vítima

058.356.453-41

Data do Acidente

31/07/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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.

Fortaleza - CE de 14 de março de 2018

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

22 MAR 2018

RECEBIDO

Claudio Varito Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: **3180491703**

Nome do(a) Examinado(a): **CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R NOVA CONQUISTA, 245, C 25 - BOM JARDIM - Fortaleza - CE - CEP 60543-355**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2007443888-8**

Data e local do acidente: [ **31/07/2017** ]

**RUA DO CANAL - BAIRRO LAGAMAR - FORTALEZA - CE.**

Data e local do exame: [ **28/11/2018** ] **Fortaleza** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA ABERTA DA PERNA ESQUERDA COM ACENTUADA PERDA DE SUBSTÂNCIA (DIÁFISE TIBIAL), LESÃO DO TIBIAL ANTERIOR E FIBULAR LONGO.**

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

**AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE DA PERNA E DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE, PRESENÇA DE CICATRIZES IRREGULARES EXTENSAS COM FIBROSES E ÁREAS DE ENXERTO, BLOQUEIO DA FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO, DO TORNOZELO E DA DORSIFLEXÃO DO PÉ.**

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

[ ☒ ] Sim [ ☐ ] Não

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

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA, DESBRIDAMENTO DE TECIDOS, TENTATIVA DE REPARAÇÃO DE LESÃO DE TENDÕES, COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO, PLÁSTICAS REPARADORAS E TRATAMENTO FISIOTERÁPICO. ALTA COM PREJUÍZO FUNCIONAL NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**

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

[ ☒ ] 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 às 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

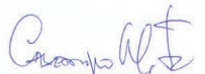
Região Corporal (Sequela):

% 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

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: CLAUDIO VANIO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01469

CONTA: 000000070306-6

---

Nr. da Autenticação D9911824CC1E03A0