

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO INACIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180360967**

Vitima: **ANTONIO INACIO DA SILVA**

Data do Acidente: **26/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180360967**.

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 13206910



Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO INACIO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180360967**  
Vitima: **ANTONIO INACIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **26/05/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180360967**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **ARUANA SEGUROS 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, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO INACIO DA SILVA

Sinistro: 3180360967  
Vítima: ANTONIO INACIO DA SILVA  
Data do Acidente: 26/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

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 3180360967** 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



# 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: 28/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

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

CLIENTE: ANTONIO INACIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01101

CONTA: 000000012971-6

---

Nr. da Autenticação B5A83DF39DAC5023

# 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: 23/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: ANTONIO INACIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01101

CONTA: 000000012971-6

---

Nr. da Autenticação 1BED16292DCF6406

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 1 CONFORME RELATÓRIO DO MÉDICO ARTHUR DE SOUZA DO DIA 10/10/18.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

**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**

Número do Sinistro: 3180360967  
Nome do(a) Examinado(a): Antonio Inacio da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua da Gameleira, 30  
Pipa Tibau do Sul RN CEP: 59178-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 2522080  
Data local do acidente: [ 26/05/2018 ]  
Data local do exame: [ 20/11/2018 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO COM PLACAS E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIAS.**  
**Data da Alta: 30/10/2018**

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

**LIMITAÇÃO A MOBILIDADE PARA EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE CARÁTER MODERADO, EDEMA NA REGIÃO PERIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE A ESQUERDA, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO.**

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

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

**INVALIDEZ AO NÍVEL DE TORNOZELO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DA ADM.**

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 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*

☐ ( ) "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):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☐ ( ) 50% médio ☒ (X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Uraí de Oliveira*

DR. URAÍ DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 1 CONFORME RELATÓRIO DO MÉDICO ARTHUR DE SOUZA DO DIA 10/10/18.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ 1 CONFORME RELATÓRIO DO MÉDICO ARTHUR DE SOUZA DO DIA 10/10/18.

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM:** 5245228-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 15/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967 **Cidade:** Pipa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA **Data do acidente:** 26/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967

**Cidade:** Pipa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PILÃO TIBIAL E MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180360967

**Cidade:** Pipa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANTONIO INACIO DA SILVA

**Data do acidente:** 26/05/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO A MOBILIDADE PARA EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO DE CARÁTER MODERADO, EDEMA NA REGIÃO PERI MALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO, MARCHA CLAUDICANTE À ESQUERDA, HIPOTROFIA DE MUSCULATURA DE PERNA ESQUERDA, DIFICULDADE PARA FICAR AGACHADO.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS EM FÍBULA DISTAL E DUAS PLACAS EM REGIÃO DE PILÃO TIBIAL ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 20/11/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 10% DO TORNOZELO

**Médico examinador:** urai de oliveira

**CRM do médico:** 4315

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 65 %	16,25%	R\$ 2.193,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

