

---

Rio de Janeiro, 16 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180209765

**Vitima:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

**Data do Acidente:** 08/01/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180209765**.

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**



---

Rio de Janeiro, 18 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

**Sinistro:** **3180209765**

**Vítima:** **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

**Data do Acidente:** **08/01/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**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 3180209765** 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**

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Carta n°: 12926630

A/C: LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180209765  
**Vitima:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE  
**Data do Acidente:** 08/01/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000004469**

**Conta: 000006743-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%**

**Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

**Sinistro:** **3180209765**

**Vítima:** **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

**Data do Acidente:** **08/01/2018**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Procurador:** **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**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 3180209765** 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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.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, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

Nº Sinistro: **3180209765**

Vitima: **LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE**

Data do Acidente: **08/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180209765**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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**



# 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: 30/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04469

CONTA: 00000006743-5

---

Nr. da Autenticação 2E1B80BD0E066F8E

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180209765      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE      **Data do acidente:** 08/01/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL A ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E COXA DIMINUÍDA (+/+5) EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO JOELHO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "L" NA FACE ANTERIOR LATERAL DO JOELHO E ANTERIOR DA Perna ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR E EDEMA DE MODERADO VOLUME NA Perna E PE (BILATERAL), CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 119° AMPLITUDE ARTICULAR: 0°A 140°.  
\*A PERICIADA RELATA FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.

**Resultados terapêuticos:** 1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS.  
SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.  
3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 11/01/2018.  
4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/05/2018

### Conduta mantida:

### Observações:

**Médico examinador:** MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** LAURA LUANA BRAGA LAZARO

**CRM do médico:** 116389

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Laura Luana Braga Lazaro".

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180209765

**Nome do(a) Examinado(a):** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

**Endereço do(a) Examinado(a):** POV PULGAS, SN - CARIRA/SE - CEP  
49550-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3.101.163-2 - SSP - 01/02/2010

**Data e Local do Acidente :** 08/01/2018

**Data e Local do Exame :** 23/05/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE  
- CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL A ESQUERDA.

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

1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO  
DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO  
PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 11/01/2018.

4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

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

NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E  
COXA DIMINUÍDA (+/+5) EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO JOELHO,  
PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "L" NA FACE  
ANTERIOR LATERAL DO JOELHO E ANTERIOR DA Perna ATROFIA DA  
MUSCULATURA DA COXA E PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE  
GAVETA POSITIVO (+++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR E EDEMA DE  
MODERADO VOLUME NA Perna E PE (BILATERAL), CREPITAÇÃO E  
BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO  
SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E  
MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140°  
A 0°

ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 119° AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°.

\*A PERICIADA RELATA FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.

**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:**

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO JOELHO ESQUERDO

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

JOELHO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa (X) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**

*Manoel Otacilio Nascentes Júnior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditório M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3180209765

**Nome do(a) Examinado(a):** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE

**Endereço do(a) Examinado(a):** POV PULGAS, SN - CARIRA/SE - CEP  
49550-000

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 3.101.163 - SSP - 01/02/2010

**Data e Local do Acidente :** 08/01/2018

**Data e Local do Exame :** 25/07/2018 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE  
- CEP 49010-310

**Resultado da Avaliação Médica**

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

FRATURA DO PLATÔ TIBIAL A ESQUERDA.

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

1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO  
DE VISTA MÉDICO LEGAL.

2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO  
PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS.

SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.

3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 11/01/2018.

4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

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

NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E  
COXA DIMINUÍDA (+/+5) EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO JOELHO,  
PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "L" NA FACE  
ANTERIOR LATERAL DO JOELHO E ANTERIOR DA Perna ATROFIA DA  
MUSCULATURA DA COXA E PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE  
GAVETA POSITIVO (+++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR E EDEMA DE  
MODERADO VOLUME NA Perna E PE (BILATERAL), CREPITAÇÃO E  
BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO  
SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E  
MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA ESQUERDA 40CM

CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA DIREITA 43CM

ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140°  
A 0°

ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 120° AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°.

\*A PERICIADA RELATA FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.

VISTO NOVO RELATÓRIO MEDICO DATADO DE 4/07/2018

A PERICIADA REFERE SER PORTADORA DE OSTEOPOROSE, NÃO APRESENTOU EXAMES COMPROBATÓRIOS.

**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:**

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO JOELHO ESQUERDO

**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 (\*).**

Vide motivo do impedimento 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

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO JOELHO ESQUERDO

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( X ) 100% completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal

Região Corporal

\_\_\_\_\_

% do Dano  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

% 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.**

*Manoel Otacilio Nascentes Júnior*

Manoel Otacilio M  
Clínica e Auditório M  
CRM 1827

---

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180209765      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE      **Data do acidente:** 08/01/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 18/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Maria Tereza R de A Amorim".

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180209765      **Cidade:** Carira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LUCIVANIA PEREIRA DE ANDRADE      **Data do acidente:** 08/01/2018      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL A ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4), FORÇA MUSCULAR DA Perna E COXA DIMINUÍDA (+/+5) EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO JOELHO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA EM FORMA DE "L" NA FACE ANTERIOR LATERAL DO JOELHO E ANTERIOR DA Perna ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PANTURRILHA POR DESUSO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4), JOELHO EM GENO VARO, DOR E EDEMA DE MODERADO VOLUME NA Perna E PE (BILATERAL), CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.  
CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA ESQUERDA 40CM  
CIRCUNFERÊNCIA DA PANTURRILHA DIREITA 43CM  
ANGULO DE EXTENSÃO DO JOELHO: 140° AMPLITUDE ARTICULAR: 140° A 0°  
ANGULO DE FLEXÃO DO JOELHO: 120° AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 140°.  
\*A PERICIADA RELATA FALSEIO E QUEDAS FREQUENTES.  
VISTO NOVO RELATÓRIO MEDICO DATADO DE 4/07/2018  
A PERICIADA REFERE SER PORTADORA DE OSTEOPOROSE, NÃO APRESENTOU EXAMES COMPROBATÓRIOS.

**Resultados terapêuticos:** 1-O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
2-O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL COM PLACA E PARAFUSOS.  
SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.  
3-DATA DA ALTA DEFINITIVA 11/01/2018.  
4-NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/07/2018

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VITIMA JA INDENIZADA ANTERIORMENTE SENDO QUE EM NOVA AVALIAÇÃO CLINICA NÃO APRESENTOU AGRAVAMENTO DO DANO. PORTANTO NÃO HA NECESSIDADE DE ADEQUAÇÃO DO DANO

**Médico examinador:** MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

LAUDARE ASSESSORIA E PERÍCIAS MÉDICAS LTDA EPP

**Médico revisor:** ALEXANDRE AUGUSTO FERREIRA

**CRM do médico:** 77146

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. Ferreira".