

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039799 **Cidade:** Alto Santo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ALVES SILVA **Data do acidente:** 28/09/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 6,17,18. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: MARCELO ALVES SILVA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do RG 2015175 829-2, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 622.471.803-29, residente no(a) FZ MACAMBIRA
nº 00, bairro: DISTRITO CABRITO, município: ALTO SANTO I. CE

OUTORGADO:

Nome: LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO
Profissão: DESEMPREGADO, portador(a) do RG 2007009071235, órgão expedidor SSP-CE
e do CPF: 044.329.533-65, residente no(a) SITIO MORRINHOS
nº S/N, bairro: ALTO SANTO, município: ALTO SANTO I. CE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima MARCELO ALVES SILVA
CPF 622.471.803-29 data do acidente: 28/03/19 Cobertura: INVOLUNZ

Local e data: ALTO SANTO-CE 04 DEZEMBRO 2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Impressão digital:



CARTÓRIO 2º OFÍCIO

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE

Marcos Alves Silva

Alto Santo - CE, 04 de 12 de 2019

Juliette Guerra Medeiros

Escrevente Autorizada

Alto Santo - CE

Fone: (85) 342-2143

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
e do CPF: _____, residente no(a) _____
nº _____, bairro: _____, município: _____ / _____

Nome: _____
CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0033567/20

Vítima: MARCELO ALVES SILVA

CPF: 622.471.803-29

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/09/2019

Titular do CPF: MARCELO ALVES SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA : 044.329.533-65

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

MARCELO ALVES SILVA : 622.471.803-29

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA
CPF: 044.329.533-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE
CPF: 890.278.843-15

LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039799 **Vítima: MARCELO ALVES SILVA**

Data do Acidente: 28/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO ALVES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039799

Vítima: MARCELO ALVES SILVA

Data do Acidente: 28/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARCELO ALVES SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

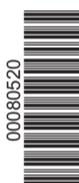
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200039799 **Vítima: MARCELO ALVES SILVA**

Data do Acidente: 28/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUAN MAGALHAES DE OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO ALVES SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **MARCELO ALVES SILVA**

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005098-9

Conta: 000005715-0

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 622.471.803-29	4 - Nome completo da vítima: MARCELO ALVES SILVA
----------------------------	---	--

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: MARCELO ALVES SILVA	6 - CPF: 622.471.803-29		
7 - Profissão: AGRICULTOR	8 - Endereço: FZ MACAMBIRA	9 - Número: 00	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: DISTRITO CABRITO	12 - Cidade: ALTO SANTO	13 - Estado: CEARA	14 - CEP: 62970-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (88)99735-9404		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO BRADESCO - 237**

AGÊNCIA: **50 98** CONTA: **57 15**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
--	--	--	------------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------------	------------------------------	--	-------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **ALTO SANTO - CE 07 JAN 2020**

Marcelo Alves Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Lucas Augusto de Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

Impresso nº 2019862898



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 408 - 810 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **27/11/2019 09:38:52**

Data / Hora da Ocorrência: **28/09/2019 23:35:00**

Endereço da Ocorrência: **AV EDSON GUERRA, 0 - ALTO SANTO/CE**

Ponto de Referência: **POSTO CONFIANÇA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCELO ALVES SILVA**

Nascimento: **21/04/1999** CPF: **622.471.803-29**

RG: **20151758292** Orgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA BETANHA ALVES DE ALMEIDA
ANTONIO RAIMUNDO NETO**

Endereço: **SITIO MACAMBIRA, 0**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **ALTO SANTO/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 99301-3586**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXA2878** Uf: **CE** Município: **ALTO SANTO** Chassi:

9C2JC30102R129217 Renavam: **774469099** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano

Fabricação: **2001** Ano Modelo: **2002** Combustível: **GASOLINA** Cor:

PRATA Proprietário: **ANTONIO RAIMUNDO NETO** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

QUE no dia, hora e local acima apontados, ia conduzindo o veículo do tipo motocicleta de marca HONDA/CG/125 TITAN KS, ano 2001/2002, de cor prata, CHASSI- 9C2JC30102R129217, placa- HXA-2878 , registrado no DETRAN-CE., no nome do seu genitor ANTONIO RAIMUNDO NETO, e que seguia no sentido oeste/este e a altura do posto Confiança, vinha uma outra moto em sentido contrário ao do declarante, quando a outra moto avançou a contra mão, tendo o declarante puxado para o acostamento, porem, o seu joelho esquerdo chocou-se com a parte traseira da outra moto. QUE o declarante não caiu e nem o outro motoqueiro, mas o declarante ficou com uma lesão no joelho. QUE o local do acidente dista de menos de 20 metros para o hospital local, quando o declarante conseguiu chegar lá conduzindo ainda moto. QUE em consequência o declarante quebrou a tibia. QUE foi transferido para o IJF centro de fortaleza, de lá foi transferido para o hospital Fernandes Tavora, onde foi operado. QUE não é habilitado para conduzir motocicleta. QUE é proprietário da moto, porem a mesma estar registrada no nome do seu genitor. QUE pelo horário ninguém presenciou o acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO
Impresso nº 2019862898



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 4084 810 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Delegado
ANTONIO TORRES LANDIM - MAT.: 092797-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcelo Alves Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

ERLON LEITE FERNANDES DOS REIS - MAT.: 30115015

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO ALVES SILVA

BANCO: 237

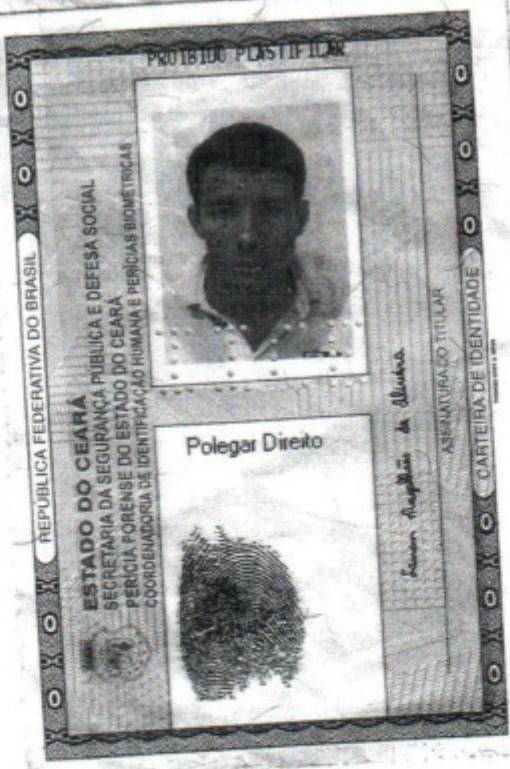
AGÊNCIA: 05098-9

CONTA: 00000005715-0

Nr. Autenticação

BRADESCO18022020050000000002370509800000005715253125 PAGO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	24/06/2015
RUA DO BOM VENTO	2007/009/07 1235		
NOME		LUAN MAGALHÃES DE OLIVEIRA	
PILHAÇÃO		RAUL NETO DE OLIVEIRA	
		CLAUDENI HOLANDA MAGALHÃES	
NATURALIDADE		LIMOEIRO DO NORTE - CE	
DOC. ORIGEM		CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO 011	OFÍCIO TERMO: 3.212 FOLHA: 106V
		LIVRO 1A-09	ALTO SANTO - CE
		CPF 044.329.533-65	P. 1 / 166
		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	



**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: **3200039799**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCELO ALVES SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **FZ MACAMBIRA , 0, , 62.970-000, DT CABRITO, Alto Santo/CE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP CE / 20151758292**

Data e local do acidente: **28/09/2019 - Alto Santo/CE**

Data e local do exame: **05/02/2020 - Fortaleza/CE**

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura proximal da tibia e fíbula à esquerda.

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

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura proximal da tibia e fíbula à esquerda. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no joelho esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 90°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, devido à redução da força e mobilidade.

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 (*)

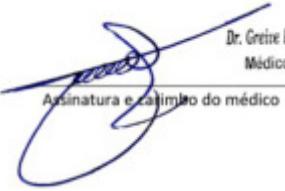
() "Vítima em tratamento"

() "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 ás regiões corporais acometidas.

Joelho Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Giseire Freitas Cavalcante
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039799
Vítima: MARCELO ALVES SILVA

Cidade: Alto Santo
Data do acidente: 28/09/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal da tíbia e fíbula à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 90°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura proximal da tíbia e fíbula à esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/09/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura proximal da tíbia e fíbula à esquerda. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau intenso, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/02/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039799
Vítima: MARCELO ALVES SILVA

Cidade: Alto Santo
Data do acidente: 28/09/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal da tibia e fíbula à esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta flexão aos 50°, extensão aos 90°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado. Apresenta na região observada cicatriz operatória aparente, presença de alterações da musculatura do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no joelho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura proximal da tibia e fíbula à esquerda, conforme documentos de pronto atendimento datados em 28/09/2019. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico e fisioterápico para a fratura proximal da tibia e fíbula à esquerda. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do joelho esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

Sequelas permanentes: Perda parcial e incompleta do joelho esquerdo, em grau intenso, devido à redução da força e mobilidade.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039799 Cidade: Alto Santo Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO ALVES SILVA Data do acidente: 28/09/2019 Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE PROXIMAL DA FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 6,17,18.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50