



Número: **0807462-80.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.602,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FLAVIO DANIEL NORBERTO (AUTOR)		ANA APARECIDA BARROS DEFENSOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31243 408	03/06/2020 14:32	<a href="#">2723587_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLISÃO MOTO-ANIMAL, NO DIA 17/04/2017, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB , SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO, POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO, MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017. APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO EM PÉ ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PÉ ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.

**Médico examinador:** GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

**CRM do médico:** 8215

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO , COLISÃO MOTO-ANIMAL, NO DIA 17/04/2017, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB , SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO, POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO, MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017. APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO EM PÉ ESQUERDO. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PÉ ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/09/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** \* REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.

**Médico examinador:** GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS

**CRM do médico:** 8215

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

*Dores Mendes*



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

### OUTORGANTE:

Nome: FLAVIO DANIEL NORBERTO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: SOLTEIRO  
Identidade: 3146.786 SSP/PB  
CPF: 056.949.184-36  
Profissão: FUNÇÃO PÚBLICA  
Endereço: RUA AMAURI ARAUJO DE VASCONCELOS, TRÊS IRMÃS  
CEP: 58.424-715 RES. MAJOR VENEZIANO JV, BLOZ AP. 103  
Telefone: 8338781-2810 CAMPINA GRANDE/PB

### OUTORGADO:

Nome: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado civil: SOLTEIRO  
Identidade: 1.939.268 SSP/PB  
CPF/CNPJ: 028.037.344-94  
Profissão: ASSISTENTE  
Endereço: RUA CAICO 66 - MALVINAS CAMPINA GRANDE/PB  
CEP: 58.433-187  
Telefone: 83 99382-1646

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, Concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e enfim praticar todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do **SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT** para a vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO

CARTÓRIO  
CAMPINA GRANDE - PB

CAMPINA GRANDE/PB 12/07/18  
Local e data

Flavio Daniel Norberto  
Assinatura do Outorgante.

(RECONHECER POR AUTENTICIDADE/VERDADEIRO)



Selo digital: AHA33774 - 2851  
Consulta e autenticação em:  
<https://selodigital.tpb.jus.br>

Selo Xerox - 7 Cartão



7º Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manuel Juvino, nº 423 - Centro - CEP: (83) 3341.1752 - Campina Grande - PB  
7cartoriosdeoficias@gmail.com

☐ Tabelião - Valleriuciana Almeida De Moraes



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Nº Sinistro: **3180343707**

Vitima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Data do Acidente: **17/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180343707**.

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 13191706

Pag. 00219/00220 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020110



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: FLAVIO DANIEL NORBERTO

Nº Sinistro: 3180343707

Vítima: FLAVIO DANIEL NORBERTO

Data do Acidente: 17/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WALKENEDY LIMA DE ARAUJO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180343707**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento 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**

Pag. 00231/00232 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13195319





Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**

Sinistro: **3180343707**  
Vítima: **FLAVIO DANIEL NORBERTO**  
Data do Acidente: **17/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **WALKENEDY LIMA DE ARAUJO**

**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 **3180343707** 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**

Pag. 01919/01920 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13346626



**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

Sinistro: **3180343707**  
Nome do(a) Examinado(a): **FLAVIO DANIEL NORBERTO**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AMAURY ARAÚJO DE VASCONCELOS IV nº SN - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE/PB**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 3146786 - SSP**  
Data e local do acidente: **17/04/2017 CAMPINA GRANDE/PB**  
Data e local do exame: **17/09/2018 CAMPINA GRANDE/PB**

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDA.**

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

**PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO MOTO-ANIMAL, NO DIA 17/04/2017, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO AO HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE -PB, SENDO CONSTATADO FRATURA DA TIBIA DISTAL ESQUERDO, POR MEIO DE EXAMES DE IMAGEM. FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXADOR EXTERNO, MEDICAMENTO E FISIOTERAPIA. RECEBENDO ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/05/2017. APRESENTA PE TORTO CONGÊNITO EM PE ESQUERDO.**

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

**APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA COM CERCA DE 28CM EM REGIÃO MEDIAL E 10 CM EM REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO. APRESENTANDO DEFORMAÇÃO EM REGIÃO DO PE ESQUERDO DECORRENTE DO PASSADO CIRÚRGICO. APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE CERCA DE 20 GRAUS NA FLEXÃO DORSAL DO TORNOZELO ESQUERDO.**

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

☒ SIM ☐ NÃO

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

**DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU LEVE DE TORNOZELO 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela): **TORNOZELO ESQUERDO**

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela):

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

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

**REVISOR MANTEVE ENQUADRAMENTO E VALORAÇÃO DO MÉDICO EXAMINADOR. - ACIDENTADO APRESENTA PÉ TORTO CONGÊNITO ESQUERDO, NO MESMO MEMBRO DO SINISTRO.**

**Médico Perito: GIOVANNY RONCALLY COSTA VASCONCELOS CRM:8215/PB**



Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com nome e CRM



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 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

056.949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

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

Nome completo FLAVIO DANIEL NORBERTO		CPF titular da conta 056.949.184-36	Profissão FUNC. PÚBLICO
Endereço RUA PROJETADA / COND. MAJOR JENEZIANO		Número S/N	Complemento BLO2 APT0103
Bairro DAS CIDADES	Cidade CAMPINA GRANDE	Estado PB	CEP 58.424-715
Email			Telefone (DDD)

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0041 D/V CONTA NRO. 320703 D/V		BANCO NRO. AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V	
(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.

26 JUL 2018  
CAMPINA GRANDE, 17 de abril de 2018  
Local e Data  
Flavio Daniel Norberto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
SABEMI SEGURADORA  
26 JUL 2018  
RECEBIDO  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 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 com 16 ou 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

056.949.184-36

Nome completo da vítima

FLAVIO DANIEL NORBERTO

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
FLAVIO DANIEL NORBERTO	056.949.184-36	FUNECIONÁRIO PÚBLICO
Endereço	Número	Complemento
RUA AMAURI ARAUJO DE JASCONCELOS	511	BLOCO 2 APTO 103
Bairro	Cidade	Estado
TREZ IRMÃS	CAMPINA GRANDE	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58.424-715	83 49382-1646

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"/> RECURSO 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CP.	CONTA NRO.	DIV.
0041	013	00320703	5
(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.

CAMPINA GRANDE, 16 de AGOSTO de 2018

Local e Data

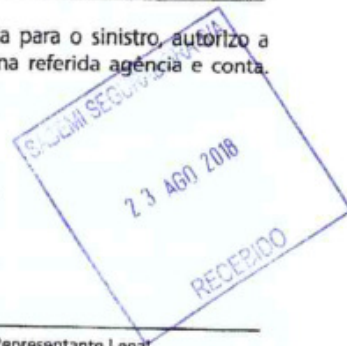
PARAIBA

Flavio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







**BOLETIM DE Ocorrência**  
**Nº00205.01.2017.2.00.420**

**OCORRÊNCIA(S)**

**Suposto(s) Autor(es):**

**Tipificação 1:** LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

**Data da Ocorrência:** 17/04/2017

**Hora:** 18:09:00

**Forma da Comunicação:** Verbal

**Endereço:** Francisco Lopes de Almeida, Santa Cruz, Campina Grande, PB.

**PARTE(S)**

VITIMA	<b>Nome:</b> Flávio Daniel Norberto
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Maria de Fátima Norberto e Francisco Daniel Norberto
	<b>Idade:</b> 33 <b>Data de Nascimento:</b> 24/02/1984 <b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Santa Luzia
	<b>Estado Civil:</b> união estável
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Servidor Público Municipal
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº null
	<b>Endereço:</b> Rua Amauri Araújo de Vasconcelos, Três Irmãs, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> Res. Major Vezeniano IV, Bloco, 02 APTº103
TESTEMUNHA	<b>Telefone:</b> (83) 98843-6281
	<b>Nome:</b> Ravel da Silva Maia
	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia
	<b>Idade:</b> 33 <b>Data de Nascimento:</b> 10/05/1984 <b>Identidade de Gênero:</b> masculino
	<b>Nacionalidade:</b> brasileira <b>Naturalidade:</b> Campina Grande
	<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)
	<b>Escolaridade:</b> Não informado <b>Profissão:</b> Frentista
	<b>Documentos(s) de Identificação:</b> RG nº 2957103 SSP/PB
	<b>Endereço:</b> Rua- Belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB
	<b>Complemento:</b> Não informado
	<b>Telefone:</b> (83) 98896-8582



9







TESTEMUNHA

**Nome:** Rayla da Silva Maya

**Conhecido por:** Não informado

**Filiação:** Marinalva da Silva Maia e Raimundo da Silva Maia

**Idade:** 26

**Data de Nascimento:** 17/03/1991

**Identidade de Gênero:** feminino

**Nacionalidade:** brasileira

**Naturalidade:** Campina Grande

**Estado Civil:** solteiro(a)

**Escolaridade:** Não informado

**Profissão:** Op. de Tg

**Documentos(s) de Identificação:** CPF nº 015.976.424-60

**Endereço:** Rua-belém, 100, Três Irmãs, Campina Grande, PB

**Complemento:** Não informado

**Telefone:** (83) 98621-9244



#### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) **Moto**, marca Honda, modelo BIZ 125 EX, tipo de veículo motoneta, cor Cinza, ano 2012, placa MOW-2862, chassi 9C2JC4830CR010736, renavam 0045199621-6

#### DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

#### HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/BIZ 125 EX, Ano/Modelo 2012/2012, cor cinza, Placa MOW-2862-PB, Chassi de N° 9C2JC4830CR010736, licenciada em nome de Ravel da Silva maia, quando trafegava na rua Francisco Lopes de Almeida, bairro Santa Cruz, momento em que um animal atravessou correndo a via, tendo colidido contra o citado animal, vindo a cair ao solo e sofrendo fratura do Píleo Tibial na perna esquerda, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 07 de julho de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

FLÁVIO DANIEL NORBERTO

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



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

FLAVIO DANIEL NORBERTO

CPF da Vítima

056.949.184-36

Data do Acidente

17/04/2018

**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.

C. GRANDE, 17 de ABRIL de 2018  
Local e Data

Flavio Daniel Norberto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU 192 Regional – CG prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **Flávio Daniel Norberto**, vítima de acidente de trânsito no dia 17 de Abril de 2017, aproximadamente às 18hs09min, End: R. Francisco Lopes de Almeida – Santa Cruz, sendo o paciente atendido e removido ao Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 06 de Julho de 2017.

Deoclecio F. Nascimento  
Coordenação Administrativa

Loyane Figueiredo Cavalcanti - 46  
COORD. ENFERMAGEM SAMU - 46  
COREN 287293



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



# 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: 20/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: FLAVIO DANIEL NORBERTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000320703-5

---

---

Nr. da Autenticação 2C015B311DFFFEA2

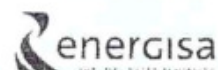


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Atenção: para qualquer pagamento, consulte o site [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) ou o telefone 15-401-848-1730. Nº 001.297.731



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alca Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 56423-700  
CNPJ 06.628.506/0001-85 Insc. Est. 16.003.839-1

## DADOS DO CLIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO

RUA AMAURY ARAUJO VASCONCELOS SM MV 4 BL 02 AP 103 BAIRRO TRÊS IRMÃS - CEP. 58.424-715  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/242385-3

## REFERÊNCIA

JUN/2018

## APRESENTAÇÃO

26/06/2018

## CONSUMO

98

## VENCIMENTO

03/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



15-401-848-1730

FLAVIO DANIEL NORBERTO

Telefone: 15-401-848-1730

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/07/2018

## VENCIMENTO

03/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

## MATRÍCULA

242385-2018-06-0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:32:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060314323578600000029978902>

Número do documento: 20060314323578600000029978902

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fixo.

Documento não é negociável e não dá direito de cancelamento.

Inscrição para o Imposto de Renda: 0001203455



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 220 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.628.556/0001-88 - Ins. Est. 16.001.339-1

## DADOS DO CLIENTE

VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO  
RUA CAICO, 66 - BAIRRO DAS MALVINAS - CEP. 58.433-187  
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/78290-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2018	22/06/2018	21	29/06/2018	R\$ 17,87

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO  
Roteiro: 13-401-700-3090  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2018

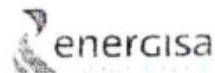
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
29/06/2018	R\$ 17,87	78290-2018-06-1



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento gerado automaticamente  
Data: 03/07/2018 14:32:38

Nº 001.297.731



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alto Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.828.595/0001-95 Insc. Est. 16.003.839-1

## DADOS DO CLIENTE

FLAVIO DANIEL NORBERTO  
RUA AMAURY ARAUJO VASCONCELOS S/N MV 4 BL 02 AP 103 BAIRRO TRÊS IRMÃS - CEP. 58.424-715  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CODIGO DE CONSUMIDOR

4/242385-3

## REFERENCIA

JUN/2018

## APRESENTAÇÃO

26/06/2018

## CONSUMO

98

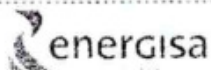
## VENCIMENTO

03/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



FLAVIO DANIEL NORBERTO  
Roteiro: 15-401-848-1730  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/07/2018

## VENCIMENTO

03/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 86,92

## NOTA FISCAL

242385-2018-06-0





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAVEL DA SILVA MAIA

Portador do CPF 051.888.864-99, e RG 2952103 SSP/PB

Residente e domiciliado RUA BELEIN, 100

Bairro SANTA CRUZ, na cidade CAMPINA GRANDE, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é de minha propriedade e que na data do acidente ocorrido encontrava-se com a vítima FLAVIO DANIEL NORBERTO, cujo o condutor era FLAVIO DANIEL NORBERTO

VEÍCULO	MOTOCICLETA
ANO FAB/MOD.	2012/2012
MARCA/MOD.	HONDA BIZ 125 EX
PLACA	MOW 2862 PB
CHASSI	9C2JC4830CR 010736
DATA DO ACIDENTE	17/04/2017

CARTÓRIO  
CAMPINA GRANDE - PB

Ravel da Silva Maia  
Assinatura do Declarante

Flavio Daniel Norberto  
Assinatura do Condutor

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE





RECEBIDO  
26 JUL 2018  
SABEMI SEGURADORA S/A

1009236169

Arquivo Plástico

1009236169

VALOR EM 1000  
O TERCEIRO NACIONAL

1009236169

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: FLAVIO DANIEL NORBERTO  
DOC. ENTREGUE / OUT. HABILITACAO: 3146786  
PB  
DATA NASCIMENTO: 24/02/1984  
CM: 056.949.184-36  
FUNCAO: FRANCISCO DANIEL  
NORBERTO  
MARIA DE PATIMA  
NORBERTO  
DEIXA: ACC  
AB  
Nº RENOVACAO: 03/12/2018  
DATA EXPIRACAO: 08/04/2014

CONTRACAO: 15/04/2015  
LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB  
80563055018  
PB030527406

DETTRAN-PB (PARAIBA)





RECEBIDO  
26 JUL 2018  
SABENI SEGURADORA S/A



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **WALDEMAR LIMA DE ARAUJO**

VOCABULÁRIO: 1939268 SSP 20

CPF: 028.037.344-94 06/05/1977

Raça: **VALDEMAR CANDIDO DE ARAUJO**  
**WALDEMAR LIMA DE ARAUJO**

SEXO: **M**

V. HABITADO: 02279130050

VALIDADEZ: 13/11/2017

EXPIRAÇÃO: 08/04/2002

CLASSIFICAÇÃO: A 1

Assinatura: *[Assinatura]*

Assinatura do Postulante: *[Assinatura]*

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB**

DATA: **14/11/2002**

Assinatura: *[Assinatura]*

**DETRAN - PB (PARAIBA)**

591084919

591084919

591084919

SABEMI SEGURADORA S/A

26 JUL 2018

RECEBIDO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 11/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO TÍBIA (FIXADOR EXTERNO LINEAR), PLATÔ TIBIAL

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

### 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:** 3180343707 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FLAVIO DANIEL NORBERTO **Data do acidente:** 17/04/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 11/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.  
FRATURA EXPOSTA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO TÍBIA (FIXADOR EXTERNO LINEAR), PLATÔ TIBIAL

**Sequelas permanentes:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA COM RELATA DE FRATURA DISTAL DA TÍBIA ESQUERDA(TORNOZELO), BOLETIM DE OCORRÊNCIA E ATO DECLARATÓRIO INFORMA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

