



Número: **0849722-43.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **23ª Vara Cível da Comarca de Natal - DPVAT**

Última distribuição : **18/12/2018**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CLOVIS ALVES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>JOAO ROBERTO FERREIRA DAS NEVES (ADVOGADO)</b>
<b>PORTO SEGURO S/A (RÉU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39571 285	21/02/2019 15:40	<a href="#">Petição</a>	Petição
39571 296	21/02/2019 15:40	<a href="#">2566768 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
39571 304	21/02/2019 15:40	<a href="#">2566768 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição de documentos.



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 23ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08497224320188205001

**PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLOVIS ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NATAL, 21 de fevereiro de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/RN 980-A**

**ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR**  
**5432 - OAB/RN**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CLOVIS ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180286986**  
Vitima: **CLOVIS ALVES DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180286986**.

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 13004233

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **CLOVIS ALVES DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180286986**  
Vitima: **CLOVIS ALVES DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/01/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180286986**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência autenticado

Pag. 00713/00714 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060357  


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.

Carta nº 13006839

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, 10 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CLOVIS ALVES DA SILVA**

**Sinistro:** **3180286986**  
**Vítima:** **CLOVIS ALVES DA SILVA**  
**Data do Acidente:** **15/01/2017**  
**Cobertura:** **INVALIDEZ**  
**Procurador:** **SERGIO LUIZ UNIZICKI**

**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 **3180286986** 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, 26 de Julho de 2018

**Carta nº 13147783**

**A/C: CLOVIS ALVES DA SILVA**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180286986 ASL-0223255/18  
**Vitima:** CLOVIS ALVES DA SILVA  
**Data Acidente:** 15/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

**Carta nº 13191290**

**A/C: CLOVIS ALVES DA SILVA**

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3180286986 ASL-0223255/18  
**Vitima:** CLOVIS ALVES DA SILVA  
**Data Acidente:** 15/01/2017  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

**Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **ARUANA SEGUROS S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Carta nº: 13249632

A/C: CLOVIS ALVES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180286986  
**Vitima:** CLOVIS ALVES DA SILVA  
**Data do Acidente:** 15/01/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** SERGIO LUIZ UNIZICKI

**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: CLOVIS ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004845

Conta: 0000017275-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180286986      **Cidade:** São José de Mipibu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLOVIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 15/01/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta dos ossos perna esquerda.

**Descrição do exame** Ao exame físico, vítima apresenta ferimento ulcerado e infectado no terço inferior da perna esquerda, deformidade na **médico pericial:** perna esquerda em antecurvatura e limitação da flexo-extensão do tornozelo esquerdo em grau moderado. Apresenta limitação antalgica da flexão do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fixador externo, retirado em março de 2018. Evoluiu com osteomielite. Recebeu alta.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL **3180 2869 86** CPF da Vítima **701 830 594-25** Nome completo da vítima **CLÓVIS ALVES DA SILVA**

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

Nome completo <b>CLÓVIS ALVES DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>701 830 594-25</b>	Profissão <b>LOJADOR CORRIO</b>
Endereço <b>AV. NATAL</b>	Número <b>995</b>	Complemento <b>C.S. 03</b>
Bairro <b>QUEBRA FUZIL</b>	Cidade <b>SÃO JOSE DE MIPÍBU</b>	Estado <b>RN</b>
Email <b>NÃO POSSUI</b>	CEP <b>58.162-000</b>	Telefone (DDD) <b>(84) 3027-1717</b>

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"/> RECUZO 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"/> 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)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ DV. _____ CONTA NRO. _____ DV. _____	
AGÊNCIA NRO. <b>4845</b>	D/V <b>1</b>	CONTA NRO. <b>17 275</b>	D/V <b>5</b>
(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.

*Aracaju, 07 de Agosto de 2018*

Local e Data

*Clóvis Alves da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

**ARUANA SEGUROS**  
07 AGO 2018  
*[Assinatura]*

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

12/06/2018  
CONVENIO 000599190  
OPERADOR Nara  
*Agencia=4845*  
CONTA 4845 013 00017275-5  
NOME CLOVIS ALVES DA SILVA  
CPF 70183059426  
*OP=013*  
COD OPERACAO 163100090

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO  
*conta=17275-5*

SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala 0800 726 2492

Ouvintoria 0800 725 7474

caixa.gov.br





## 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 221206  
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL **3180 286986** CPF da Vítima **701 830 594-25** Nome completo da vítima **CLÓVIS ALVES DA SILVA**

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

Nome completo <b>CLÓVIS ALVES DA SILVA</b>	CPF titular da conta <b>701 830 594-25</b>	Profissão <b>LAVADOR CARRO</b>
Endereço <b>AV. NATAL</b>	Número <b>995</b>	Complemento <b>CS 03</b>
Bairro <b>QUEBRA FUZIL</b>	Cidade <b>SÃO JOSE DE MIPIBU</b>	Estado <b>RN</b>
Email	CEP <b>59.162-000</b>	
	Telefone (DDD) <b>(84) 3027-1712</b>	

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

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **4845** D/V **17.275** D/V **5**  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ 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.

**Porramirim, 26 de JULHO de 2018**  
Local e Data



**Clóvis Alves da Silva**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA  
CONTA POUPANÇA FÁCIL

12/06/2018

CONVENIO: 000599190  
OPERADOR: Nara

*Agencia=4845*  
CONTA 4845.013 00017275-5  
NOME: CLOVIS ALVES DA SILVA  
CPF: 70183059425  
*OP=013*

COD OPERACAO: 163100090

OPERAÇÃO REALIZADA COM  
SUCESSO

*conta=17275-5.*



SAC CAIXA 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidora: 0800 725 7474

caixa.gov.br

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180286986      **Cidade:** São José de Mipibu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLOVIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 15/01/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180286986      **Cidade:** São José de Mipibu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLOVIS ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 15/01/2017      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta dos ossos perna esquerda.

**Descrição do exame** Ao exame físico, vítima apresenta ferimento ulcerado e infectado no terço inferior da perna esquerda, deformidade na **médico pericial:** perna esquerda em antecurvatura e limitação da flexo-extensão do tornozelo esquerdo em grau moderado. Apresenta limitação antalgica da flexão do joelho esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fixador externo, retirado em março de 2018. Evoluiu com osteomielite. Recebeu alta.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/07/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**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: **3180286986**

Nome do(a) Examinado(a): **CLOVIS ALVES DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**AV NATAL , 995, cs 3 - QUEBRA FUZIL - São José de Mipibu - RN - CEP 59162-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.935.760.**

Data e local do acidente: [ **15/01/2017** ] **Cidade de São Jose de Mipibu- RN**

Data e local do exame: [ **17/07/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

*Fratura exposta dos ossos perna esquerda.*

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

*Ao exame físico, vítima apresenta ferimento ulcerado e infectado no terço inferior da perna esquerda, deformidade na perna esquerda em antecurvatura e limitação da flexo-extensão do tornozelo esquerdo em grau moderado. Apresenta limitação antalgica da flexão do joelho esquerdo.*

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

*Tratamento cirúrgico com fixador externo, retirado em março de 2018. Evoluiu com osteomielite. Recebeu alta.*

**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:

*Limitação funcional do membro inferior esquerdo*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Membro inferior esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

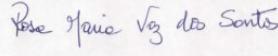
Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

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

  
Rosa Maria Vaz dos Santos  
Rosa M. Vaz Dos Santos  
Médica - CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN