

# 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: 13/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: DEIBIS ALFREDO YAPUARE BARRETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 000000006166-4

---

Nr. da Autenticação 8233FF0E5A677D6C

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312124 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEIBIS ALFREDO YAPUARE BARRETO **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO

**Descrição do exame médico pericial:** VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO. AO EXAME, APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do ombro direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180312124 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DEIBIS ALFREDO YAPUARE BARRETO **Data do acidente:** 13/10/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 19/07/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR RELATÓRIO DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO. EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA. SOLICITO ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO AMBULATORIAL, COM EXAMES DE IMAGEM RAIOS X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO.  
SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

**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: **3180312124**

Nome do(a) Examinado(a): **DEIBIS ALFREDO YAPUARE BARRETO**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Josemar Rodrigues de Carvalho, 493 - Jardim Oceania - João Pessoa - PB - CEP 58037-415**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **19055751**

Data e local do acidente: [ **13/10/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **06/08/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO**

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

**VITIMA RELATA DOR AOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO. AO EXAME, APRESENTA EDEMA E LIMITAÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.**

**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.

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO DE PLACA E PARAFUSOS.**

**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 ombro direito**

**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):

Ombro direito

% 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.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB