

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04374-5

CONTA: 000010006154-0

---

Nr. da Autenticação D7F0D5EA33E6FE8F

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170652802

**Cidade:** Monsenhor Tabosa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/08/2017

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de tíbia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Periciado em bom estado geral. Marcha com claudicação importante à direita. Ao exame físico do membro inferior direito, apresenta encurtamento de 2 cm em relação ao membro contralateral presença de cicatrizes cirúrgicas em pé, devido à enxerto cutâneo e no terço médio da perna compatível com procedimento de osteossíntese. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de flexão de joelho em 70°, bem como bloqueio articular quase completo do tornozelo. Incapaz de realizar agachamento e apoio na ponta do pé ou sobre o calcâneo. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior (força em grau III). A repercussão das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura exposta de tíbia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito, bem como restrição intensa da mobilidade do membro inferior direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese metálica da fratura, enxertia de pele total no pé direito e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito (grau médio) devido à redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Periciado possui fratura antiga em ossos do membro inferior esquerdo, sem relação com o presente sinistro. Periciado apresenta documento de pronto atendimento com informação de fratura exposta em tíbia direita e laceração em pé direito. Vítima já indenizada em sinistro anterior nº 2014946565. Data do acidente em 23/07/2014. Diagnosticado com fratura no tornozelo e pé esquerdo, sendo apurada perda funcional incompleta do membro inferior esquerdo em grau leve e perda funcional incompleta do pé esquerdo em grau leve.

**Médico examinador:** Francisco Ivo de Vasconcelos

**CRM do médico:** 3374

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**PRESTADOR**

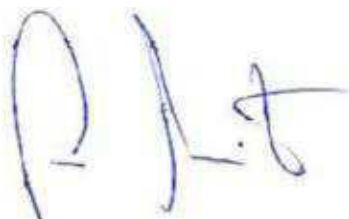
EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170652802

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170652802**.

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 12102200



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3170652802  
Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA  
Data do Acidente: 25/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**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 3170652802** 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, 29 de Dezembro de 2017

Carta nº 12169135

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170652802 ASL-0470770/17  
Vitima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA  
Data Acidente: 25/08/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

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 **Sabemi Seguradora 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, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3170652802  
Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA  
Data do Acidente: 25/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

**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 3170652802** 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, 22 de Março de 2018

Carta nº: 12551993

A/C: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170652802  
Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA  
Data do Acidente: 25/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO GOMES ARTUR

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: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000004374-5

Conta: 000010006154-0

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**





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 <b>3370/652802</b>	CPF da Vítima <b>388.489.703-97</b>	Nome completo da vítima <b>FRANCISCO ANTONIO DA SILVA</b>
---	--	--

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

Nome completo <b>FRANCISCO ANTONIO DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>388.489.703-97</b>	Profissão <b>AGRICULTOR</b>
Endereço <b>FAZENDA BARGADO</b>		Número <b>5116</b>	Complemento <b>DT. LIVRAMENTO</b>
Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Cidade <b>MONSENHOR TABOSA</b>	Estado <b>CEARÁ</b>	CEP <b>63.780-000</b>
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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. <b>4374</b> D/V <b>5</b> (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. <b>6154</b> D/V <b>9</b> (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome _____ NRO. _____		<b>AGÊNCIA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
				<b>CONTA</b> NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)			

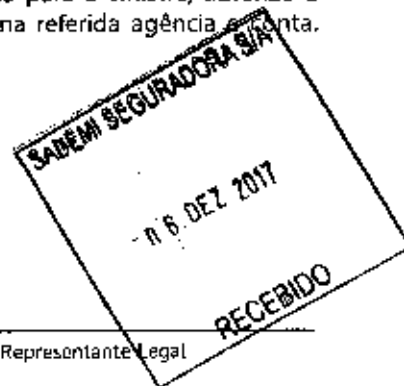
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

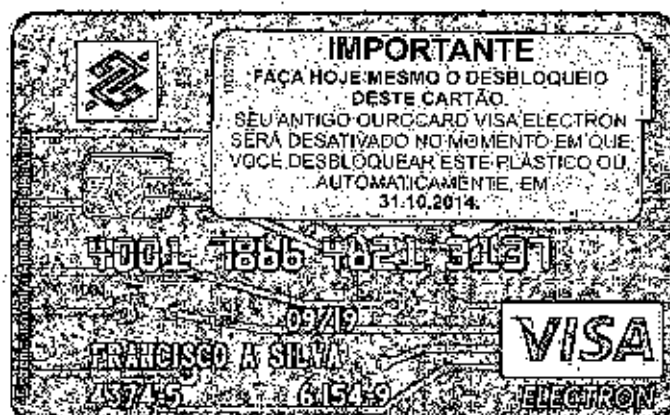
**Caracás - CE, 02 de Janeiro de 2018**  
Local e Data

**pe. x Danilo Gomes Artur**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**JULIO CEZAR**  
Tel.: (88) 3692.3794  
Tel.: (88) 3288.0286  
Email: jomouca27@globo.com.br





ANTÔNIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Fir. João Tomé, nº 979, Sala 103, Pátio 1 - Crateús-Ce  
Cep. 63.700-900 - Tel.: (85) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

### DECLARAÇÃO

Declarante:		Nacionalidade:
Residência:		Profissão:
CPF nº:	RG nº:	Estado Civil:
Bairro:	Cidade:	Estado/UF:
CEP:	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 799 / 2017****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **09/11/2017 08:30:46**  
Data / Hora da Ocorrência: **25/08/2017 14:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **BOA VIAGEM**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **MONSENHOR TABOSA/CE**  
Ponto de Referência: **48KMS DE MT**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA**  
Nascimento: **15/09/1953** CPF:  
RG: **1105424** Órgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **LUIZA ROZENO DA SILVA**  
**ANTONIO BATISTA DA SILVA**  
Endereço: **RUA ASSENTAMENTO BARGADO S/N**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **MONSENHOR TABOSA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9446-0594**

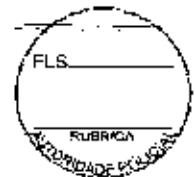
**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSQ0432** UF: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:  
**9C2KD0540DR138425** Renavam: **541112236** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** Ano  
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **PRETA** Proprietário: **RENAN PINTO DA SILVA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

**Histórico**

Informa o declarante que estava na garupa da moto acima cadastrada sendo conduzida pela pessoa de **RENAN PINTO DA SILVA**; QUE estavam em uma estrada carroçal com o chão cheio de pequenos declives e quando foi na curva que o condutor reduziu a velocidade o veículo derrapou, perdendo o controle e vindo a cair; QUE a moto caiu por cima do declarante; QUE Renan ajudou a retirar o veículo de cima do declarante; QUE próximo ao local tem a Escola Florestano Fernandes onde trabalha a pessoa de **ERIVALDO VERAS AQUILINO**, que deu assistência à vítima, levando-a de carro para o hospital de Monsenhor Tabosa, sendo depois transferido para o hospital de Crateús; QUE estão sendo auxiliados pelo intermediário **DANILO**, de Crateús; E nada mais disse.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:****LOUISE VASCONCELOS SERRA - MAT.: 30114213****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Francisco Antonio da Silva****VISTO DO DELEGADO(A):****VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS - MAT.: 30104218****DELEGACIA MUNICIPAL DE TAMBORIL****Impresso em: 09/11/2017 08:35****Pág. 1 de 1****RECEBIDO**



## TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA RENAN PINTO DA SILVA

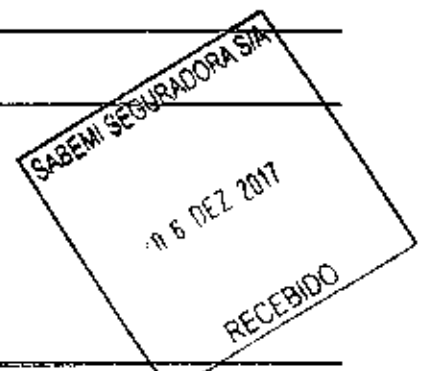
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 799 / 2017

Aos 9 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:45 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **VANESSA MILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **RENAN PINTO DA SILVA**, nacionalidade Brasil, solteiro(a), superior incompleto, filho(a) de **FRANCISCO ANTONIO DA SILVA** e **LUCIA PINTO DA SILVA**, nascido(a) em 05/12/1996, CPF: 071.026.243-44, RG: 20085389824, residente à Vila Boa Viagem, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, é filho da vítima e condutor da moto envolvida no acidente; QUE estava por volta de 40 a 60km/h na estrada carroçal a caminho de Bargado, zona rural de Monsenhor Tabosa quando reduziu a velocidade do veículo para fazer a curva o veículo derrapou e caíram; QUE a moto caiu por cima da vítima e o declarante ajudou a retirar; QUE foi até a Escola próxima ao local pedir ajuda e apareceu Erivaldo, que levou a vítima de carro para o hospital de Monsenhor Tabosa; QUE não foi para o hospital. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A): \_\_\_\_\_ *Vanessa Miluy Lobo Felício*

DEPOENTE: *\*Renan pinto da silva* \_\_\_\_\_

ESCRIVÃ(O): \_\_\_\_\_ *LS*





## TERMO DE DEPOIMENTO DA TESTEMUNHA ERIVALDO VERAS AQUILINO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 556 - 799 / 2017

Aos 9 dia(s) do mês de Novembro de 2017, nesta cidade de Tamboril, Estado do Ceará, onde pela(s) 08:52 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **VANESSA HILUY LOBO FELICIO VASCONCELOS**, Delegado(a), comigo **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **ERIVALDO VERAS AQUILINO**, nacionalidade Brasil, casado(a), 2o. grau completo, filho(a) de **ALUISIO VERAS DE OLIVEIRA** e **MARIA MADALENA DE OLIVEIRA**, nascido(a) em 23/06/1981, CPF: 877.999.523-34, RG: 2006014133091, residente à Vila Bargado, Zona Rural - Monsenhor Tabosa/CE. Aos costumes disse nada, compromissada na forma da lei, advertida das penas cominadas do falso testemunho, inquirido (a) pela Autoridade, DISSE: QUE, trabalha como transporte escolar na Escola Florestano Fernandes e vizinho da vítima; QUE Renan apareceu na escola informando do acidente e o declarante se prontificou a levar a vítima no se carro D20 para o hospital de Monsenhor Tabosa. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **LOUISE VASCONCELOS SERRA**, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : \_\_\_\_\_ *Vanessa Felicio*

DEPOENTE : *Erivaldo Veras Aquilino*

ESCRIVÃ(O) : \_\_\_\_\_ *Luise Serra*





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170652802

**Cidade:** Monsenhor Tabosa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

**Data do acidente:** 25/08/2017

**Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta de tíbia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito.

**Descrição do exame médico pericial:** Periciado em bom estado geral. Marcha com claudicação importante à direita. Ao exame físico do membro inferior direito, apresenta encurtamento de 2 cm em relação ao membro contralateral presença de cicatrizes cirúrgicas em pé, devido à enxerto cutâneo e no terço médio da perna compatível com procedimento de osteossíntese. Apresenta redução da amplitude de movimento do membro inferior direito, com limitação aos movimentos de flexão de joelho em 70°, bem como bloqueio articular quase completo do tornozelo. Incapaz de realizar agachamento e apoio na ponta do pé ou sobre o calcâneo. Constatada atrofia muscular, com consequente redução de força em membro inferior (força em grau III). A repercussão das lesões acarreta prejuízo funcional ao membro inferior direito como um todo.

**Resultados terapêuticos:** O periciado apresentou na fase aguda da lesão fratura exposta de tíbia à direita e ferimento lacero contuso em pé direito, bem como restrição intensa da mobilidade do membro inferior direito, devido ao quadro pós-traumático identificado logo após o acidente. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico de osteossíntese metálica da fratura, enxertia de pele total no pé direito e posterior realização de sessões de fisioterapia. Após tratamento, na fase de estadiamento da lesão, apresentou melhora discreta. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no membro inferior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional, parcial e incompleta em membro inferior direito (grau médio) devido à redução da força e mobilidade.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Periciado possui fratura antiga em ossos do membro inferior esquerdo, sem relação com o presente sinistro. Periciado apresenta documento de pronto atendimento com informação de fratura exposta em tíbia direita e laceração em pé direito. Vítima já indenizada em sinistro anterior nº 2014946565. Data do acidente em 23/07/2014. Diagnosticado com fratura no tornozelo e pé esquerdo, sendo apurada perda funcional incompleta do membro inferior esquerdo em grau leve e perda funcional incompleta do pé esquerdo em grau leve.

**Médico examinador:** Francisco Ivo de Vasconcelos

**CRM do médico:** 3374

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



**PRESTADOR**

EXPERMED PERÍCIAS MÉDICAS ADM E JUDICIAIS LTDA EPP

**Médico revisor:** Henrique Rodrigues Rosito

**CRM do médico:** 5402

**UF do CRM do médico:** RS

**Assinatura do médico:**

