

Rio de Janeiro, 16 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** ROBSON RAMOS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180074677

**Vitima:** ROBSON RAMOS DA SILVA

**Data do Acidente:** 21/12/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180074677**.

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**



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

**Aos Cuidados de:** ROBSON RAMOS DA SILVA

**Sinistro:** 3180074677

**Vítima:** ROBSON RAMOS DA SILVA

**Data do Acidente:** 21/12/2016

**Cobertura:** INVALIDEZ

**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 3180074677** 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, 14 de Março de 2018

Carta n°: 12513574

A/C: ROBSON RAMOS DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180074677  
**Vitima:** ROBSON RAMOS DA SILVA  
**Data do Acidente:** 21/12/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**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: ROBSON RAMOS DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000001914**

**Conta: 00000132405-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>843,75</b>

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%**

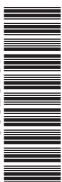
**Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75**

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

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

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

Nome completo  
**Robson Romes da Silva**  
 Endereço  
**Rua Nilo Peçanha**

Bairro  
**Sopulor**

Cidade  
**Santa Rita**

CPF titular da conta  
**111 133 05495**  
 Profissão  
**vendedor**

CPF  
**117**

RG  
**58351-205**  
 Telefone IDOU  
**98736 0425**

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - 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"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
**J. BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA  
 NHO. **1914**    CONTA  
 NHO. **132405**    DIA  
 (Informar digito se existir)    (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (Indicar se existe)

BANCO  
 NHO. **SINCOR/PB**

AGÊNCIA  
 NHO. **06 FEV. 2012**

Informar digito se existe

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

*Robson Romes da Silva*  
 Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SAU ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

264-633861068-4

21/01/2017 HORA DF: 11:19:20

13.19769-4 TERM: 027459  
CIDADE: SANTA RITA  
VINCULADA: 1914 CONTROLE: 938158741

DEPÓSITO EM DINHEIRO

1914 013 00132405-9

RONSON RAMOS DA SILVA

0700

DR:

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

264-633861068-4

SINCOR/PB  
06 FEV. 2019



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 01047.01.2017.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01047.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:14 horas do dia 07 de junho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Robson Ramos da Silva**, CPF nº 111.133.054-95, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Severina do Ramo Lourenço e Antonio Marcos da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/12/1993 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Praça Antenor Navarro, Nº 21, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque do Povo, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98800-6495.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Rua Bela Vista, Outros, Santa Rita/PB, bairro Alto das Populares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/12/16 20:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

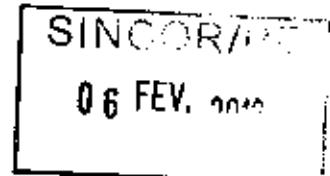
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS DE COR BRANCA, ANO 2015, PLACA QFV-9499-PB, CHASSI Nº 9C2KD0810GR405183, EM NOME DE IVANILDO P. BEZERRA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS, PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM-PB 3323, DATADO DE 24/02/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

ROBSON RAMOS DA SILVA  
Noticiante



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 02/1204 ou 0800 02/1206 (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/ou 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

Rosane Romos da Silveira

CPF da Vítima

11113305498

Data do Acidente

21.12.2016

### 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 recuperação da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 preço superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Cum 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, desse já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 7º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévio consentimento para a sua avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB

06 FEV. 2019

Rosane Romos da Silveira  
Local e Data

Rosane Romos da Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



VISTO EM: 23/01/17

Comandante do BAPH  
Katty Sabrina do Nascimento Silva

TEN CEL 521.280-4

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**  
**3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 18 de Janeiro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 016/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 21/12/2016, conforme requerimento nº 014/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 20h20min o/a Sr.(a) ROBSON RAMOS DA SILVA CRM Nº 111.133.054-95, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto) ocorrido na Rua Bela Vista, Alto dos Populares, Santa Rita/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR 48, tendo como chefe o SARGENTO BM Victor Melo Ribeiro da Silva, Matrícula 525.875-8, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando fratura de membro inferior esquerdo, corte contuso na região do supercílio esquerdo e bateu com a cabeça ao solo. A vítima era condutora da motocicleta e não usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Elizabeth Guajão Leônio Pinheiro- SD BM, Mat. 523.935-0, (Círculo azul) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

SINCOR/PB

06 FEV. 2019

Preto Santiago  
Ten. QOBM  
Mat. 523.685-1

Chefe da 3ª Seção

# 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: 08/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: ROBSON RAMOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000132405-9

---

Nr. da Autenticação 025B9D2CF737E2A8



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robson Romes da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Órgão \_\_\_\_\_

CPF nº 11118305495, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Nilo Beconha</u>
Número	<u>117</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Populor</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58301-225</u>
Telefone de Contato	<u>98736 0425</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 30.01.2018

Assinatura do Declarante: Robson Romes da Silva

SINCOR/PB  
06 FEV. 2018

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento de valor fiscal.  
Documento não é arrendamento de serviço.  
Número da conta: 001.038.918



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230, KM 25 - João Pessoa/PB - CEP 58071-686  
CNPJ 09.095.163/0001-40 - Insc. Est. 19.015.423-0

## DADOS DO CLIENTE

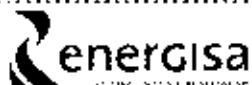
IVANILDO ELIAS BIZERRA  
RUA NOL PECANHA 117  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/222643-9

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2018	24/01/2018	55	31/01/2018	R\$ 31,77

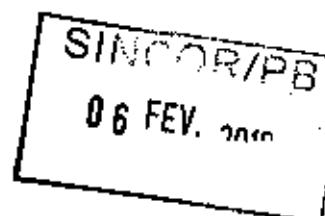
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



IVANILDO ELIAS BIZERRA  
Retairo: 15-009-252-4760  
836700000000-0 31770054000-6 02226432018-8 01700000019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
31/01/2018	R\$ 31,77	222643-2018-01-7



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu. J. S. M. S. Elias Bizenza

RG nº 43.045.979 data de expedição 13/10/1938

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 043.578.854-40, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
rua pecamby, nº 117.

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Robson Romão Vila Filho, cujo o condutor era \_\_\_\_\_

Veículo: motorizada

Modelo: Honda XR Bros

Ano: 2015

Placa: *ab13*

Plate:  
Chassi: 9G2KD08106R 465183

Chassi: 10-22.12.16

Local e Data: PSJ Pampa, 19/12/14

3º OFICIO

Francisco Elias Bizarro  
Assinatura (do Declarante)

Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é o motorista reclamante do sinistro):

1



Robson Rowes. Dr. M. D. S.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Robson Ramos da Silva

DATA DE NASCIMENTO 25/12/93

NOME DA MÃE Severina do Ramo Lourenço

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 99350

BOLETIM DE ENTRADA N.º 969121

DATA DO ATENDIMENTO 21/12/16

HORA DO ATENDIMENTO 21:08

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura exposta de ossos da perna esquerda

CID 10 S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU, com fratura exposta de ossos da perna esquerda, glasgow 15, pupilas iso/foto. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX perna E, cervical

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos da perna E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura exposta de ossos da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 24/12/16

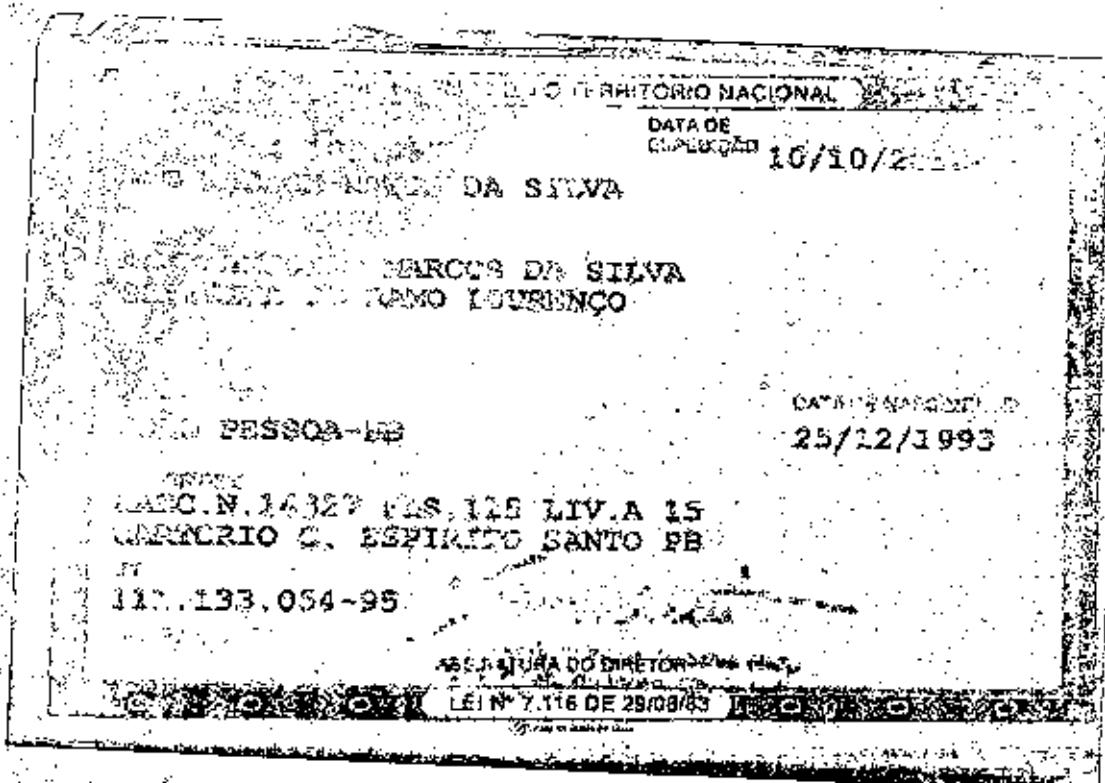
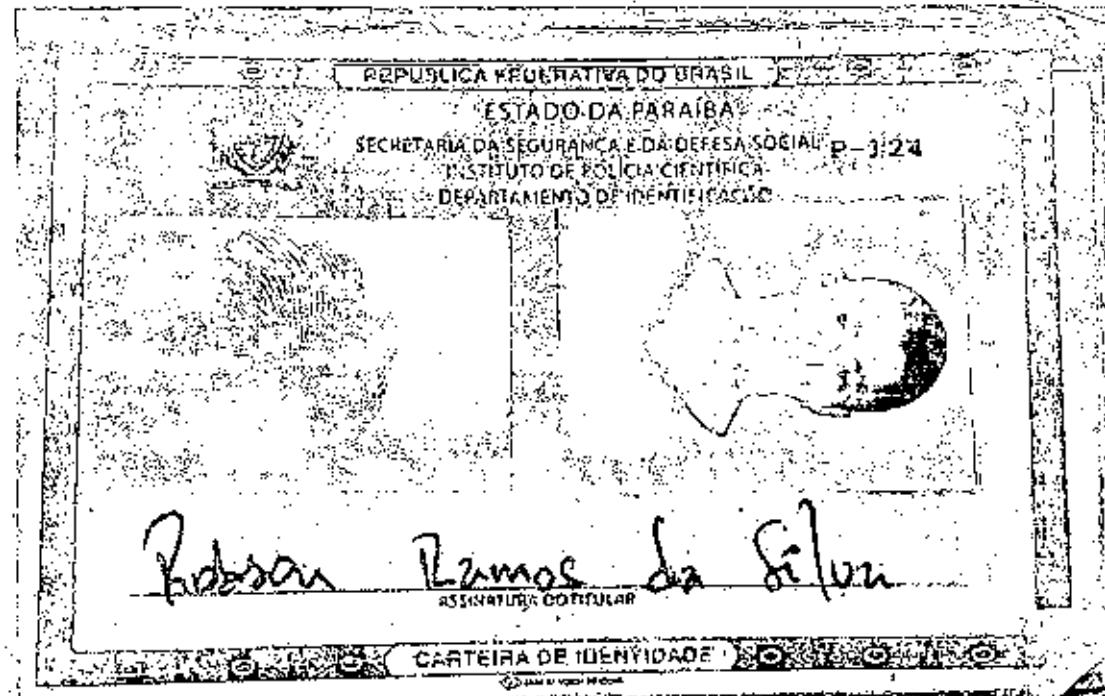
DATA DA EMISSÃO: 24/02/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

SINCOR/PB

06 FEV. 2018



SINCOR/PB

06 FEV. 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180074677      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON RAMOS DA SILVA      **Data do acidente:** 21/12/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 23/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura exposta em MIE.

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

## 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

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180074677      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROBSON RAMOS DA SILVA      **Data do acidente:** 21/12/2016      **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA.

**Descrição do exame** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE  
**médico pericial:** MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/03/2018

**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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

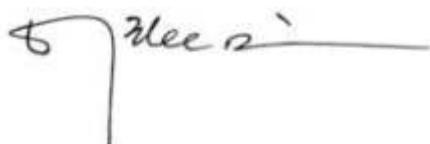
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ROBSON RAMOS DA SILVA** Sinistro: **3180074677** Data: **21/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Nilo Peçanha, 117 - Popular - Santa Rita - PB - CEP 58301-205**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /PB ] 4109437**

Data local do exame: **[ 05/03/2018 ] João Pessoa [ PB ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  Sim  Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  Sim  Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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**

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB