

**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): **SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO** Sinistro: **3170658186** Data: **24/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **SIT FAVELA, 1270 - ZONA RURAL - Ouricuri - PE - CEP 56200-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **4928947**

Data local do exame: [**19/01/2018**] **Juazeiro do Norte** [**CE**]

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 DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS. . RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.**

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? [**X**] 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? [**X**] 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. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] 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 pé direito

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):
Pé direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

% 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.

Dr. Renan Almeida
Médico
CREMEC 12076

Renan de Almeida Silva - CRM: 12076 - CE

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: 25/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 00000049046-0

Nr. da Autenticação 5092A767BA462050

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170658186 **Cidade:** Ouricuri **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO VIEIRA DE MACEDO **Data do acidente:** 24/09/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 1º, 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DIREITOS.

Descrição do exame médico pericial: RELATA DOR EM PÉ DIREITO AO USAR CALÇADOS FECHADOS E AO DEAMBULAR MÉDIAS DISTÂNCIAS. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DIMINUIÇÃO LEVE DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DOS PODODÁCTILOS DIREITOS E HIPOTROFIA MUSCULAR EM DORSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO INTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Renan de Almeida Silva

CRM do médico: 12076

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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: