



Número: **0827799-58.2018.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **24ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **26/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE MARIO BILRO DA SILVA (AUTOR)	RODRIGO CAVALCANTI CONTRERAS (ADVOGADO)
MAPFRE SEGUROS (RÉU)	
MICHEL FREIRE DE ARAUJO (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46589 980	12/07/2019 15:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
46590 004	12/07/2019 15:34	<a href="#">2610925 ELABORAR JUNTADA DE DOCS 01</a>	Outros documentos
46590 022	12/07/2019 15:34	<a href="#">2610925 ELABORAR JUNTADA DE DOCS Anexo 01</a>	Outros documentos

Juntada de petição



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN**

**Processo:** 08070499820198205001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, 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 **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**, em trâmite perante este Duto 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.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

NATAL, 9 de julho 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)

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, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180336673

Vítima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Pag. 00587/00588 - carta\_03 - INVALIDEZ



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13650401

---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

Sinistro: 3180336673  
Vítima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Data do Acidente: 17/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

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 3180336673 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, 24 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

Nº Sinistro:

**3180336673**

Vitima:

**JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

Data do Acidente:

**17/05/2018**

Cobertura:

**INVALIDEZ**

Procurador:

**SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180336673**.

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 13134069

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180336673

Vitima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Data do Acidente: 17/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180336673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

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.

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, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180336673

Vitima: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA  
Data do Acidente: 17/05/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: SEBASTIAO ROGERIO DE LIMA JUNIOR

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180336673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médica-hospitalar infor. incorretas

Pag. 01245/01246 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050623  


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 13214236

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**



## 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 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   
077.785.584-40 JOSÉ MARIA AUGUSTO DA SILVA

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

Nome completo <input type="text"/> JOSÉ MARIA AUGUSTO DA SILVA	CPF titular da conta <input type="text"/> 077.785.584-40	Profissão
Endereço <input type="text"/> RUA MASSARANDUBA	Número <input type="text"/> N° 197	Complemento <input type="text"/> CASA
Bairro <input type="text"/> ÁREA RURAL	Cidade <input type="text"/> CEARÁ MIRIM	Estado <input type="text"/> RN
Email <input type="text"/> nro.tcm	Telefone (DDD) <input type="text"/> (84) 998363657	

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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<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)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 1069	CONTAS NRO. <input type="text"/> 85254	D/V <input type="text"/> (Informar dígito se existir)	D/V <input type="text"/> (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.

Natal RN, 23 de Julho de 2018  
Local e Data

José Maria Augusto da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

  
23 JUL 2018



ARUANA SEGUROS

23 JUL 2018

AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARNAMIRIM

DATA: 23/07/2018

HORA: 10:09:03

TERMINAL: 20081017

CONTROLE: 200810170134

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE  
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 1069.013.00085254-7

NOME: JOAO MARIA A DA SILVA

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: [REDACTED]

NÚMERO DO ENVELOPE: 0817491392

NÚMERO DE CONTROLE: 204054794

A confirmação do depósito se dará pelo  
lançamento do valor na conta do favorecido após  
a abertura do envelope e a verificação dos  
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

# 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: 24/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000085254-7

---

Nr. da Autenticação CE208B410B5863F4

# 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: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01069

CONTA: 000000085254-7

---

Nr. da Autenticação 5FCD83483B9B50B8

**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: **3180336673**

Nome do(a) Examinado(a): **JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA MASSARANDUBA, 197 - ZONA RURAL - Ceará-Mirim - RN - CEP 59570-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.219.542**

Data e local do acidente: [ **17/05/2018** ]

**AV. DA CHEGANÇA - BAIRRO LAGOA AZUL - NATAL - RN.**

Data e local do exame: [ **18/12/2018** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.**

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

**A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE AO PERMANECER MUITO TEMPO DE PÉ, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 27 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 10º À 80º. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO. SEM EDEMA LOCAL.**

**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 DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS (SIC).**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (décits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**Limitação funcional do joelho 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):

Joelho 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):

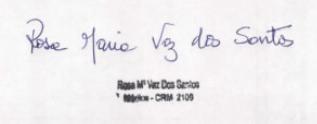
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

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.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 06/09/2018. A  
INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU  
MÉDIO.**



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

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180336673      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA      **Data do acidente:** 17/05/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 06/09/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DO JOELHO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
Observações:

### 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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM:** 5290873-8

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180336673      **Cidade:** Natal  
**Vítima:** JOAO MARIA AUGUSTO DA SILVA      **Data do acidente:** 17/05/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA FECHADA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NO JOELHO ESQUERDO, PRINCIPALMENTE AO PERMANECER MUITO TEMPO DE PÉ, COM DIFICULDADE PARA DEAMBULAR E AGACHAR. AO EXAME FÍSICO A VÍTIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE. CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO JOELHO ESQUERDO DE CERCA DE 27 CM. HIPOTROFIA MUSCULAR DA PANTURRILHA À ESQUERDA. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA FLEXO EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO DE 10° À 80°. SEM DANO NEURO-VASCULAR DO SEGMENTO ACOMETIDO. SEM EDEMA LOCAL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO, COM OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO. RELATA QUE FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS (SIC).

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 18/12/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 06/09/2018. A INDENIZAÇÃO REALIZADA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO ESQUERDO EM GRAU MÉDIO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ ANTONIO SERODIO

**CRM do médico:** 52.16328-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**