

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: 25/03/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FELIPE MARQUES DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000044112-0

Nr. da Autenticação 973727D03FCC50DF

**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): Felipe Marques da Costa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Juvenal Lamartine, 112
Odilandia Santa Rita PB CEP: 58000-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4060093
Data local do exame: [21/03/2014] 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 DO 3º QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DA PATELA ESQUERDA.

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.

QUADRO TRATADO CIRURGICAMENTE, FICADOS COM FIOS QUE JÁ FORAM REMOVIDOS, TEVE ALTA DEFINITIVA EM 30/11/2013.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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.

PERICIANDO SEQUELADO DE FRATURA DE 3º QUIRODACTILO ESQUERDO, APRESENTA DEFORMIDADE DO MESMO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR E PERDA DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO DEDO, E SEQUELADO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E PERDA DE FORÇA MOTORA DO JOELHO 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):

3º QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA

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

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

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.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 4518 TECIT 8334

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014189007**Cidade:** Santa Rita**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FELIPE MARQUES DA COSTA**Data do acidente:** 27/08/2013**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 4518

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 3º QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DA PATELA ESQUERDA**Descrição do exame médico pericial:** DEFORMIDADE DO MESMO COM LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE ARTICULAR E PERDA DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO DEDO, E SEQUELADO DE FRATURA DE PATELA ESQUERDA APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E PERDA DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO**Resultados terapêuticos:** TRATADO CIRURGICAMENTE**Sequelas permanentes:** DANO GRAVE EM DEDO DA MÃO E DANO MÉDIO EM JOELHO E**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 21/03/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo**UF do CRM do médico:**

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|---|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade de um joelho | 25 | 1 | 50 |
| Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão | 10 | 1 | 75 |

Valor avaliado: 2.700,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014189007**Cidade:** Santa Rita**Natureza:** Invalidez**Vítima:** FELIPE MARQUES DA COSTA**Data do acidente:** 27/08/2013**Emissor do parecer:** Natalia Mendonça de Araujo Gonçalves**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 377300

PARECER

Data da análise: 18/03/2014**Valorização do IML:**

0,00

Perícia médica: Sim**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 3º QUIRODACTILO ESQUERDO E PATELA ESQUERDA**Resultados terapêuticos:**
A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** DOCUMENTO INCONCLUSIVO**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** JORGE CAMPOS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

| Dano | % | Dimensão | Graduação |
|----------------------|---|----------|-----------|
| Danos não definidos. | | | |

Valor avaliado: 0,00