

# 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  
Odilândia 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?

(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.

**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 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.

**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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 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

(X) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO ESQUERDO**

% 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

- 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RAZELE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 4518 TEND 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:** PB

## 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**Valoração 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**

Danos não definidos.

**% Dimensão Graduação****Valor avaliado:** 0,00