

Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180539708

Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 21/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINALDO DE SOUZA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180539708**.

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, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180539708

Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 21/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINALDO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

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

Documentação médica-hospitalar

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 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180539708

Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 21/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINALDO DE SOUZA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180539708

Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Data do Acidente: 21/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LINALDO DE SOUZA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180539708 **Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS**

Data do Acidente: 21/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LINALDO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001288-2

Conta: 000010026019-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Sinistro: **3180539708**

Nome do(a) Examinado(a): **SILAS DE OLIVEIRA SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **POVOADO BREJINHO nº 167 - ZONA RURAL - RIO REAL/BA**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2203142766 - SSP**

Data e local do acidente: **21/04/2018 RIO REAL/BA**

Data e local do exame: **06/02/2019 ARACAJU/SE**

Resultado da Avaliação Médica

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

FERIMENTO NA FACE LATERAL DA Perna (1/3 DISTAL), TORNOZELO E PÉ À ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL NO MESMO DIA COM ESCORIAÇÕES NO JOELHO ESQUERDO E NA Perna ESQUERDA. ATENDIMENTO EM 26/04/2018 COM NECROSE DE FERIMENTO NA Perna DISTAL E NO PÉ ESQUERDOS. RECEBEU ALTA NO DIA 31/05/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA DOS FERIMENTOS E CURATIVOS, EVOLUIU COM NOVA INFECÇÃO E NECROSE DA FERIDA SENDO REALIZADO NOVOS DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS, CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSO, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2^ª INTENÇÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE, FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA Perna, TORNозELO E PÉ, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, PARESTESIA E EDEMA EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO MODERADO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNозELO. ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNозELO 10°/10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 20°) ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNозELO DIREITO: 20°/25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)

***VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 11/01/2019 QUE REVELA "MONONEUROPATHIA DO NERVO FIBULAR SUPERFICIAL AO EM NÍVEL DE 1/3 DISTAL DA Perna ESQUERDA".**

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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): **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS. -

Médico Perito: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM:1827/SE/SE

Manoel Otacilio Nascimento Júnior
Manoel Otacilio N. Júnior
Clinica e Auditório Médico
CRM 1827

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01288-2

CONTA: 000010026019-5

Nr. da Autenticação 039D7E8F443ACEDD

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539708 **Cidade:** Rio Real **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO NA FACE LATERAL DA Perna (1/3 DISTAL), TORNOZELO E PÉ À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL NO MESMO DIA COM ESCORIAÇÕES NO JOELHO ESQUERDO E NA Perna ESQUERDA. ATENDIMENTO EM 26/04/2018 COM NECROSE DE FERIMENTO NA Perna DISTAL E NO PÉ ESQUERDOS. RECEBEU ALTA NO DIA 31/05/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA DOS FERIMENTOS E CURATIVOS, EVOLUIU COM NOVA INFECÇÃO E NECROSE DA FERIDA SENDO REALIZADO NOVOS DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS, CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSO, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2^a INTENÇÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE, FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA Perna, TORNOZELO E PÉ, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, PARESTESIA E EDEMA EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO MODERADO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 10°/10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO: 20°/25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °)
*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 11/01/2019 QUE REVELA "MONONEUROPATHIA DO NERVO FIBULAR SUPERFICIAL AO EM NÍVEL DE 1/3 DISTAL DA Perna ESQUERDA".

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539708 **Cidade:** Rio Real **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO NA FACE LATERAL DA Perna (1/3 DISTAL), TORNOZELO E PÉ À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL NO MESMO DIA COM ESCORIAÇÕES NO JOELHO ESQUERDO E NA Perna ESQUERDA. ATENDIMENTO EM 26/04/2018 COM NECROSE DE FERIMENTO NA Perna DISTAL E NO PÉ ESQUERDOS. RECEBEU ALTA NO DIA 31/05/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM DESBRIDAMENTO E LIMPEZA DOS FERIMENTOS E CURATIVOS, EVOLUIU COM NOVA INFECÇÃO E NECROSE DA FERIDA SENDO REALIZADO NOVOS DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS, CURATIVOS E ANTIBIOTICOTERAPIA ENDOVENOSO, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2^a INTENÇÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE, FORÇA MUSCULAR DA Perna E PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA Perna, TORNOZELO E PÉ, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA PANTURRILHA E PÉ POR DESUSO, DOR, PARESTESIA E EDEMA EM FORMA DE BOTA, BLOQUEIO MODERADO DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 10°/10° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 20 °)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO: 20°/25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0 ° A 45 °)
*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 11/01/2019 QUE REVELA "MONONEUROPATHIA DO NERVO FIBULAR SUPERFICIAL AO EM NÍVEL DE 1/3 DISTAL DA Perna ESQUERDA".

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2019

Conduta mantida:

Observações: APÓS AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E CONTATO TELEFÔNICO COM O MÉDICO EXAMINADOR, REVISOR MODIFICOU O LAUDO INICIAL COM AS CORREÇÕES DEVIDAS.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539708 **Cidade:** Rio Real **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180539708 **Cidade:** Rio Real **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILAS DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO E ESCORIAÇÕES EM JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @3SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50