

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180030033

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOANA DARC SILVA

Data do acidente: 20/08/2017

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR COM HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ismar Aguiar Marques Filho

CRM do médico: 3165

UF do CRM do médico: PI

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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

**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): **JOANA DARC SILVA** Sinistro: **3180030033** Data: **20/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF LEOPOLDO CUNHA, 945 - MAFRENSE - Teresina - PI - CEP 64005-630**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **993853**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **Teresina** [**PI**]

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 PLATÔ TIBIAL ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA DEAMBULA COM AUXÍLIO DE MULETAS, APRESENTA DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO ESQUERDO E DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR COM HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA.

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 IMPLANTE DE FIXAÇÃO METÁLICA. REALIZOU FISIOTERAPIA.

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 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):

Joelho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 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

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. Ismar Aguiar M. Filho
Médico
CRM 3165

Ismar Aguiar Marques Filho - CRM: 3165 - PI

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12347856

A/C: JOANA DARC SILVA

Nº Sinistro: 3180030033
Vítima: JOANA DARC SILVA
Data do Acidente: 20/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KEYLLY MOURA DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOANA DARC SILVA

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000344**

Conta: **0000042144-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)



INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

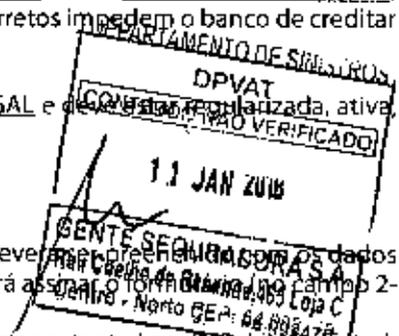
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e estar regularizada, ativa e 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 (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 361.360.183-49	Nome completo da vítima Joana Darc Silva
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo Joana Darc Silva	CPF titular da conta 361.360.183-49	Profissão do lar	
Endereço R. Prof. Leopoldo	Número 945	Complemento	
Bairro Marquês	Cidade Niterói	Estado RJ	CEP
Email		Telefone (DDD)	(16) 99472-9591

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"/> RECUSO 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"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0344 D/V	CONTA NRO. 42344 D/V 1	BANCO Name	NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V	CONTA NRO. D/V
		(Informar dígito se existir)	(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.

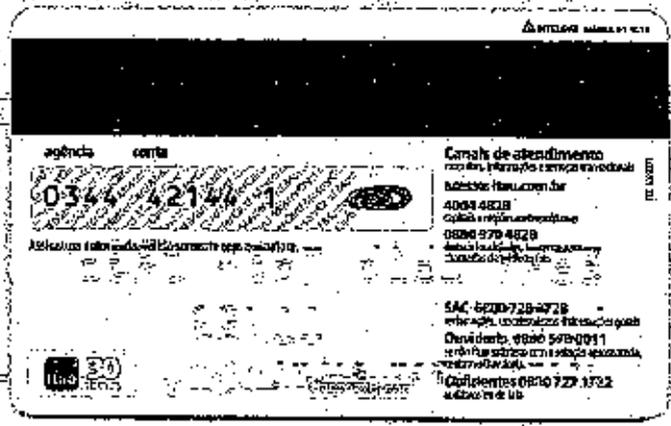
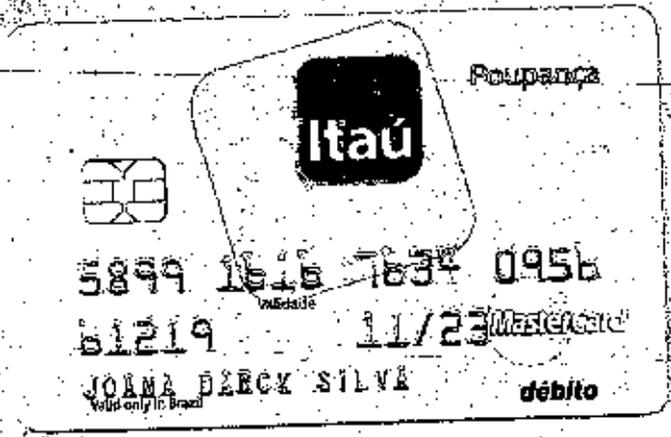
Niterói, RJ, 06 de SS de 17

Local e Data

Joana Darc Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

1-1 JAN 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

Centro - Norte BE - 44.000



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.004571/2017-38

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Edvar Ferreira Nunes

Data/Hora: 01/11/2017 - 17:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

NAO SABE O NOME RUA DETRAN NO AEROPORTO. Nº:

Complemento

404847

Data/Hora

29/08/2017 - 22:10

Bairro

AEROPORTO

AVERBAÇÃO DO B.O. COM
 DATA CORRETA DO ACIDENTE!
 20.08.17 →

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOANA DARC SILVA

RG: 883853SS/PI

Mãe: MARIA DO REMÉDIOS DIAS

Endereço: RUA PROFISSOR LEOPOLDO CUNHA, Nº 966

Bairro: MAFRENSE

Cidade: TERESINA

Telefone(s): 86-9411 2942

Tipo Envolv: VITIMA/Noticiante

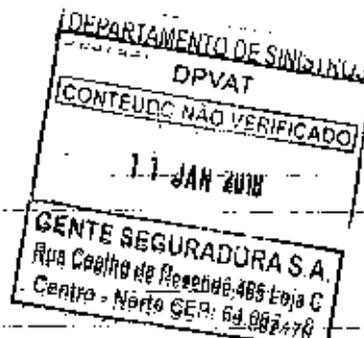
NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE/VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO-1 MOTO YAMAHA, COR PRETA, ANO 2013/2014 PLACA QVY-1154, DE PROPRIEDADE DA NOTICIANTE/VÍTIMA NO ENDEREÇO ACIMA MENCIONADO, QUE ATRÓPELOU UM ANIMAL CACHORRO, QUE PERDEU O CONTROLE ONDE MOTIVOU A QUEDA. A NOTICIANTE/VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELA SRA. DANIELE MARIA DIAS, RG DE Nº1.980.093/SS/PI, C.P.F DE Nº014 348.213-07, RESIDENTE NA RUA LEOPOLDO CUNHA,966, MAFRENSE N/CAPITAL. E LEVADA PRA O HUT. PRONTUARIO DE Nº332582. É O REGISTRO.



Francisco de Assis Lima Do Vale - Mat. 2724871
 USUÁRIO ADMINISTRATIVO

JOANA DARC SILVA - Noticiante
 Responsável pela Informação



AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.004571/2017-38



JOANA DARC SILVA/NOTICIANTE/VÍTIMA/AVERBANTE, AVERBO NESTE BOLETIM QUE DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 20/08/2017. É AVERBAÇÃO.

JOANA DARC SILVA/AVERBANTE


EDVAR FERREIRA NUNES/ MAT. 0092576



TERESNA /PI 08/01/2018

AVERBAÇÃO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100203.004571/2017-38



JOANA DARC SILVA/NOTICIANTE/VÍTIMA/AVERBANTE, AVERBO NESTE BOLETIM QUE DATA DO ACIDENTE FOI NO DIA 20/08/2017. É AVERBAÇÃO.

JOANA DARC SILVA/AVERBANTE

Edvar F. Nunes
EDVAR FERREIRA NUNES/ MAT. 0092576



TERESINA /PI 08/01/2018

DEPARTAMENTO DE S.
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
11 JAN 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
GENTE - Nº 08-01-002-118