



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180244476

**Cidade:** Caraúbas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

**Data do acidente:** 25/02/2018

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** CICATRIZ CIRÚRGICA DOS COTOS.

**Resultados terapêuticos:** RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM BOM ESTADO GERAL E CIRURGIADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/06/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Wilson Edino de Freitas Jales

**CRM do médico:** 4683

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Médico revisor:** JOSE ARTUR FIALHO AMORIM

**CRM do médico:** 52.31474-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180244476  
Nome do(a) Examinado(a): Magnus Kelis Pereira de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Coronel Emilio Dantas da Silveira, 266  
Bela Vista Poco Branco RN CEP: 59560-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 002024129  
Data local do acidente: [ 25/02/2018 ]  
Data local do exame: [ 07/06/2018 ] Rio Grande do Norte [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO SEGUNDO E TERCEIRO PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: SUTURA DO COTOS AMPUTADOS DO PÉ ESQUERDO.**  
**Data da Alta: 03/03/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**CICATRIZ CIRÚRGICA DOS COTOS.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 **Sim**      ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
 **Sim**      ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**LIMITAÇÃO FUNCIONAL PARA DEAMBULAÇÃO .**  
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 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"      ( ) "Sem seqüela 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 (Seqüela):  | Região Corporal (Seqüela):                            |
|---|---|
| <b>PÉ - Lado Esquerdo</b>   |   |
| % do dano:    ( ) 10% residual    ( ) 25% leve  | % do dano:    ( ) 10% residual    ( ) 25% leve        |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>50% médio</b> ( ) 75% intensa    ( ) 100% completo | ( ) 50% médio    ( ) 75% intensa    ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) 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

  
**Wilson Edino Jalés**  
ORTOPEDIA 4683  
CNPJ. 27.293.341/0001-50

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13049024

A/C: MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA

**Nº Sinistro:** 3180244476  
**Vítima:** MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA  
**Data do Acidente:** 25/02/2018  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA DA CONCEICAO PEREIRA DE SOUSA 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: **MAGNUS KELIS PEREIRA DE SOUSA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000756**

Conta: **0000045344-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00687/00688 - carta\_15R - INVALIDEZ

