



---

**Rio de Janeiro, 29 de Setembro de 2014**

**Carta nº: 5225630**

**A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO**

**Sinistro:** 2014567926  
**Vítima:** JONATHAN FERREIRA MACEDO  
**Data Acidente:** 21/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

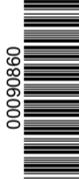
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

**Rio de Janeiro, 15 de Outubro de 2014**

**Carta nº: 5415941**

**A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO**

**Sinistro:** 2014567926  
**Vitima:** JONATHAN FERREIRA MACEDO  
**Data Acidente:** 21/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2014

Carta nº: 4723932

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

**Sinistro:** 2014567926  
**Vitima:** JONATHAN FERREIRA MACEDO  
**Data Acidente:** 21/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CONFIANÇA CIA DE SEGUROS de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2014

Carta n°: 5064926

A/C: JONATHAN FERREIRA MACEDO

**Sinistro:** 2014567926  
**Vitima:** JONATHAN FERREIRA MACEDO  
**Data Acidente:** 21/02/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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: JONATHAN FERREIRA MACEDO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000754**

**Conta: 0000017380-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

**Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%**

**Graduação: Em grau completo 100%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (100% de 25%) 25,00%**

|  |     |                 |
|--|-----|-----------------|
| <b>Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =</b> | R\$ | <b>3.375,00</b> |
|--|-----|-----------------|

|               |     |             |
|---------------|-----|-------------|
| <b>Multa:</b> | R\$ | <b>0,00</b> |
|---------------|-----|-------------|

|               |     |             |
|---------------|-----|-------------|
| <b>Juros:</b> | R\$ | <b>0,00</b> |
|---------------|-----|-------------|

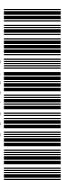
|                         |     |                 |
|-------------------------|-----|-----------------|
| <b>Total creditado:</b> | R\$ | <b>3.375,00</b> |
|-------------------------|-----|-----------------|

**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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Lider - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

Eu, JONATHAN FERREIRA Macêdo, PORTADOR(A) Do RG/CNH 076.733.743-79,  
 Nº 2009 773502-4, Expedido/Emitiida POR SSP/SICE, EM 19/03/2014 E CPF/CNPJ: 076.733.743-79,  
 PROFISSÃO Aux. de Cozinha, E RENDA MENSAL DE R\$ 250,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO  
 VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA  
 VÍTIMA: JONATHAN FERREIRA Macêdo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS  
 CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

## CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE

BANCO: \_\_\_\_\_ · AGENCIA: \_\_\_\_\_ · CONTA-CORRENTE: \_\_\_\_\_

## CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 · AGENCIA: \_\_\_\_\_ · CONTA-POUPANÇA: \_\_\_\_\_

## CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 · AGENCIA: \_\_\_\_\_ · CONTA-POUPANÇA: \_\_\_\_\_

## CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 · AGENCIA: \_\_\_\_\_ · CONTA-POUPANÇA: \_\_\_\_\_

## CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 · AGENCIA: 754 · CONTA-POUPANÇA: 16746-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Penso Bem - 17.14 de Junho de 2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A)

jonathan ferreira macêdo

· O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago a/o/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 para as despesas médico-hospitalares.

· Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT, 0800-0221204

CONFIANÇA

19 JUL 2014

GIA DE SEGUROS

# Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

01  
02  
03  
COMPROVANTE

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

|                            |                           |
|----------------------------|---------------------------|
| Conta origem:              | 3281 / 013 / 000020357-1  |
| Conta destino:             | 0754 / 013 / 0000016746-2 |
| Nome destinatário:         | JONATHAN FERREIRA MACEDO  |
| Valor (R\$):               | 10,00                     |
| Identificação da operação: | DOC                       |
| Data de débito:            | 21/07/2014                |
| Data/hora da operação:     | 21/07/2014 10:32          |
| Código da operação:        | 00000854785147            |
| Chave de segurança:        | KJGBCOOIUQA96BVR1DS       |

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

\* Você poderá consultar futuramente essa e outras transações no item "Minha Conta - Transações".

CONFIANÇA  
19 JUL 2014  
CIA DE SEGUROS

**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): Jonathan Ferreira Macedo  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Fco Leandro, 75  
Padre Geraldo Pedra Branca CE CEP: 63630-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20087735029  
Data local do exame: [ 15/10/2014 ] Pedra Branca [ CE ]

**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 DE COLUNA LOMBO-SACRA**

- 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.

**TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível 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.

**LIMITAÇÃO DE LATERALIZAÇÃO, FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO TRONCO**

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):

**COLUNA LOMBO-SACRA**

% 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

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



**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): Jonathan Ferreira Macedo  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Fco Leandro, 75  
Padre Geraldo Pedra Branca CE CEP: 63630-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20087735024  
Data local do exame: [ 13/08/2014 ] Pedra Branca [ CE ]

**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)

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.  
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

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.

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.  
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

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

**TRATAMENTO CIRURGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.  
EVOLUI COM LIMITACAO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.**

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"

"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)

"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):

Região Corporal (Sequela):

**COLUNA VERTEBRAL**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>Número:</b> 2014567926                      | <b>Cidade:</b> Fortaleza                               | <b>Natureza:</b> Invalidez                     |
| <b>Vítima:</b> JONATHAN FERREIRA<br>MACEDO     | <b>Data do acidente:</b> 21/02/2014                    | <b>Emissor do parecer:</b> GALDINO<br>LEONARDO |
| <b>Seguradora:</b> CONFIANÇA CIA DE<br>SEGUROS | <b>Prestadora:</b> SAUDESEG Sistemas de<br>Saude Ltda. | <b>CRM do médico:</b> 9050                     |

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA COLUNA LOMBAR.

**Descrição do exame médico pericial:** EVOLUI COM LIMITAÇÃO PARA FLETIR E EXTENDER A COLUNA LOMBAR E DIFICULDADE PARA LEVANTAR PESO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DA COLUNA E FISIOTERAPIA PARA FRATURA DA COLUNA LOMBAR.

**Sequelas permanentes:** DANO TOTAL EM SEGMENTO LOMBAR

**Sequelas :** Com sequela

**Data da perícia:** 13/08/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** GREIVE FREITAS

**UF do CRM do médico:**

## DANOS

| <b>Dano</b>   | <b>%</b> | <b>Dimensão</b> | <b>Graduação</b> |
|---|----------|-----------------|------------------|
| Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral | 25       | 1               | 100              |

**Valor avaliado:** 3.375,00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014567926      **Cidade:** Fortaleza      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JONATHAN FERREIRA MACEDO      **Data do acidente:** 21/02/2014      **Seguradora:** CONFIANÇA CIA DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE COLUNA LOMBO-SACRA

**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DE LATERALIZAÇÃO, FLEXO-EXTENSÃO E ROTAÇÃO DO TRONCO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO E TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, IMOBILIZAÇÃO E FISIOTERAPIA. ALTA DEFINITIVA

**Sequelas permanentes:** JÁ INDENIZADO A CONTENTO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/10/2014

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:**

**Médico examinador:** GREIVE FREITAS

**CRM do médico:** 9050

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
|                             |  | Total  | 0 %       | R\$ 0,00              |

## PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

**CRM do médico:** 21102

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

