

Rio de Janeiro, 29 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180140895

Vitima: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Data do Acidente: 11/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180140895**.

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**

Carta nº 12590327



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Sinistro: 3180140895  
Vítima: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA  
Data do Acidente: 11/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180140895** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Abril de 2018

Carta nº: 12674443

A/C: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180140895  
Vítima: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA  
Data do Acidente: 11/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.193,75

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 00000142888-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.193,75

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

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



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Sinistro: 3180140895  
Vítima: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA  
Data do Acidente: 11/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180140895** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Junho de 2018

Carta nº: 12978726

A/C: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180140895  
Vítima: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA  
Data do Acidente: 11/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

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: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Valor: R\$ 2.025,00

Banco: 104

Agência: 000000561

Conta: 00000142888-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.025,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 15%

% Invalidez Permanente DPVAT: (15% de 100%) 15,00%

Valor a indenizar: 15,00% x 13.500,00 =	R\$	2.025,00
---	-----	----------

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



# 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: 13/06/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.025,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000142888-0

---

Nr. da Autenticação C99B33B0C73C8852

# 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: 12/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.193,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000142888-0

---

Nr. da Autenticação EC4D8B33AF3CCA4A

**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: 3180140895  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rinaldo Pinto de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Tabuleiro do Chico, S/N  
Zona Rural Itabaiana SE CEP: 49500-972  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1369927  
Data local do acidente: [ 11/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 06/06/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ESCAPULA COM TIPOIA**  
**Complicações: AMNÉSIA, TONTURA, DOR CERVICAL E CRISE CONVULSIVA.**  
**Data da Alta: 14/10/2017**

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

**CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS INFERIORES PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.**  
**O PERICÍADO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.**  
**PERICÍADO EM USO DE TIPOIA TIPO AMERICANA DEPOIS DE RETIRADA EVIDENCIAMOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS, DOR SEVERA, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO**

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

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.**  
**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.**

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"

*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)*

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☒ (X) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

% 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

- VIII. (\*) 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

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



**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: 3180140895  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Rinaldo Pinto de Souza  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Tabuleiro do Chico, S/N  
Zona Rural Itabaiana SE CEP: 49500-972  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1369927  
Data local do acidente: [ 11/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 06/04/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ESCAPULA COM TIPOIA.  
Complicações: CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL.  
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.  
Data da Alta: 14/10/2017**

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

**CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS Membros PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO CERVICAL.  
O PERICÍDIO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), ATROFIA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BRAÇO, DOR, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO.**

- IV. Nexa de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ ( ) Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.  
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.**

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

☐ ( ) "Sem seqüela 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 (Seqüela):

**LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL**

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

**OMBRO - Lado Direito**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☒ (X) 25% leve  
☐ ( ) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve  
☐ ( ) 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

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140895

**Cidade:** Itabaiana

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

**Data do acidente:** 11/10/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.  
O PERICIAO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.  
PERICIAO EM USO DE TIPOIA TIPO AMERICANA DEPOIS DE RETIRADA EVIDENCIAMOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS, DOR SEVERA, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/06/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO OMBRO DIREITO E POR DANO RESIDUAL DO LIVRE DESLOCAMENTO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO LIVRE DESLOCAMENTO.

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

**PRESTADOR**

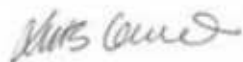
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA****DADOS DO SINISTRO****Número:** 3180140895**Cidade:** Itabaiana**Natureza:** Invalidez Permanente**Vítima:** JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA**Data do acidente:** 11/10/2017**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**PARECER****Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA**Descrição do exame médico pericial:** CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS LIMBOS PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO CERVICAL.  
O PERICIAO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), ATROFIA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BRAÇO, DOR, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO.**Resultados terapêuticos:** O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ESCAPULA COM TIPOIA.  
EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
COMPLICAÇÕES: CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL.  
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.  
DEFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL.**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 06/04/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior**CRM do médico:** 1827**UF do CRM do médico:** SE**DANOS**

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>16,25 %</b>	<b>R\$ 2.193,75</b>

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140895 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA **Data do acidente:** 11/10/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE E TRAUMA DE PERNA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO NÃO INFORMADO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITI AVALIAR SEQUELA.

## 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

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140895

**Cidade:** Itabaiana

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

**Data do acidente:** 11/10/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS MEMBROS DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.  
O PERICIAO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.  
PERICIAO EM USO DE TIPOIA TIPO AMERICANA DEPOIS DE RETIRADA EVIDENCIAMOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS, DOR SEVERA, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/06/2018

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO OMBRO DIREITO E POR DANO RESIDUAL DO LIVRE DESLOCAMENTO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO LEVE DO LIVRE DESLOCAMENTO.

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 15 %	15%	R\$ 2.025,00
Total			15 %	R\$ 2.025,00

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**





# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180140895

**Cidade:** Itabaiana

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

**Data do acidente:** 11/10/2017

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE  
FRATURA DE ESCAPULA A ESQUERDA

**Descrição do exame médico pericial:** CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS LIMBOS PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO CERVICAL.  
O PERICIAO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.  
MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/+5), ATROFIA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BRAÇO, DOR, EDEMA E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO.

**Resultados terapêuticos:** O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO E DA FRATURA DE ESCAPULA COM TIPOIA.  
EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.  
COMPLICAÇÕES: CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL.  
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.  
DEFICIT NEUROLÓGICO RESIDUAL DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/04/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			16,25 %	R\$ 2.193,75

**PRESTADOR**

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

