

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



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 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 n°: 12674443

A/C: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180140895
Vitima: 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.

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 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 n°: 12978726

A/C: JOSE RINALDO PINTO DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180140895
Vitima: 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.

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 Vítimas 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 DÍMÍDIO DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.

O PERICIADO REFERE CEFALEIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.

PERICIADO EM USO DE TIPOIA TIPO AMERICANA DEPOIS DE RETIRADA EVIDENCIAMOS MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUIDA (+++/5), PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA ESCAPULA, PEQUENA ATROFIA DO MÚSCULO DELTOIDE E BÍCEPS, DOR SEVERA, EDEMÁ E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO

IV. Nexo de causalidade: 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"

"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):

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 Otacílio Nascimento Junior

Manoel Otacílio Nascimento Junior
Clínica e Auditório Médico
CRM 1627

**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

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 DIMÍDIOS PRESERVADOS. DOR E BLOQUEIO CERVICAL.

O PERICIADO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, FAZ USO DE ANALGÉSICOS.

MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUIDA (+++/+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. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

Sim Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (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”

“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):

Região Corporal (Sequela):

LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL

OMBRO - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 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)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacílio Nascimento Junior

Manoel Otacílio 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 DIMÍDIO DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.
O PERICIADO REFERE CEFALEIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.
PERICIADO 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 DELTOÍDE 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

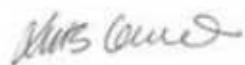
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

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 CRÂNIO SIMÉTRICO, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DOS DIMÍDIOS
médico pericial: PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO CERVICAL.

O PERICIADO 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.

DEFÍCIT 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

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

Valorização 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 PERMITIU 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 DIMÍDIO DIREITO E MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO NA COLUNA CERVICAL, DESVIO DO POLO CEFÁLICO PARA A ESQUERDA.

O PERICIADO REFERE CEFALÉIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL, ESTEVE INTERNADO EM DECORRÊNCIA DE CRISE CONVULSIVA, ESTA FAZ USO DE ANALGÉSICOS E GARDENAL.

PERICIADO 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 DELTOÍDE 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO".

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 DIMÍDIOS PRESERVADOS, DOR E BLOQUEIO CERVICAL.
O PERICIADO REFERE CEFALEIA, 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: CEFALEIA, AMNÉSIA, TONTURA E DOR CERVICAL.
BLOQUEIO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO.
DEFÍCIT 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Galdino Leonardo'.