



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2014

Carta nº: 5651913

A/C: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3140007242
Vitima: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 02/08/2014
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, 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, 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2014

Carta nº: 5707230

A/C: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3140007242
Vítima: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 02/08/2014
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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2014

Carta nº: 5810334

A/C: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Sinistro: 3140007242
Vítima: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 02/08/2014
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: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000455-3

Conta: 00000510287-1

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.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**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): Jose Angelo de Oliveira
Endereço do(a) Examinado(a): St Caldeiro, 650 00
Centro Quixelô CE CEP: 63515-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 170481488
Data local do exame: [21/11/2014] Ico [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)

Traumatismo contundente em joelho esquerdo,

- 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.

Periciando sequelado de traumatismo contundente em joelho esquerdo, tratado conservadoramente com uso de anti-inflamatório, anticonvulsivantes e repouso. Paciente teve alta definitiva em 31/10/2014.

- 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.

Presença de edema residual no joelho esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Paciente apresenta marcha claudicante.

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 (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

Região Corporal (Sequela):

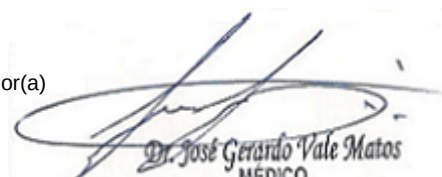
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. José Gerardo Vale Matos
MÉDICO
CRM: 3216 CPF: 073.762.353-53
Cel: (88) 9952-1118

LAUDO MÉDICO

NOME DA VITIMA: Jose Angelo de OliveiraDATA DO ACIDENTE: 02/08/14

Atesto por os devidos fins que Jose Angelo de Oliveira, teve acidente de trânsito dia 02.08.14, apresentando escoriações pelo corpo, fratura osso de peito.

Foi feito atendimento médico com analgesia e curas de fisioterapia.

Atualmente apresenta sequelas irreversíveis e permanentes, limitação funcional grave e completa, dor crônica, deformidade.

Perda da força muscular, instabilidade alteração de marcha, dificuldade para fazer suas atividades de rotina.

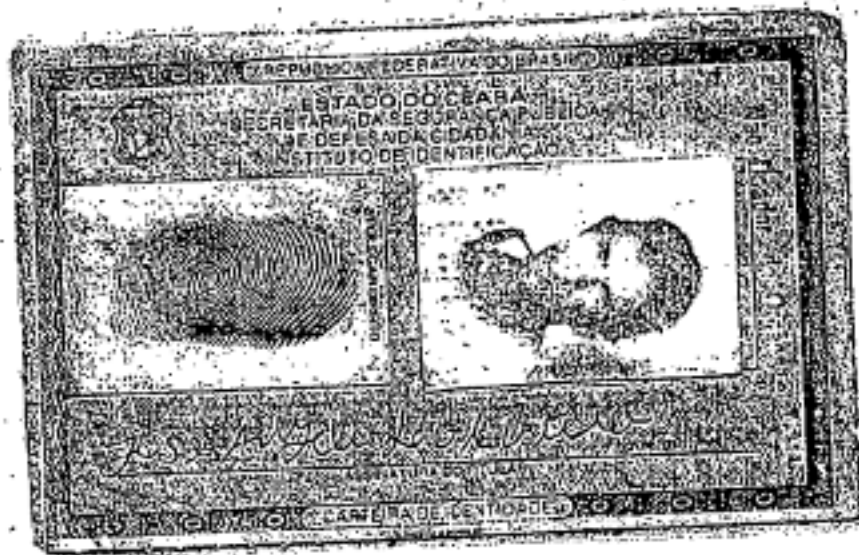
Encontra-se em alta definitiva.

31/10/14

LOCAL/DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

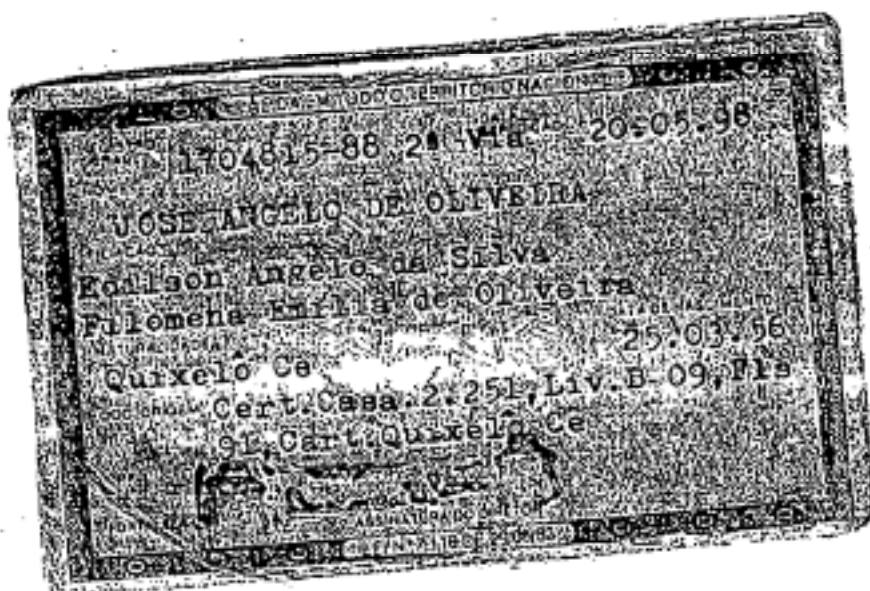
Dr. Francisco de Assis
TRANSPARENCIA
CRM 6272
CPF: 54.357.497-8



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



*1004037



TRANSPARENZA

11 NOV 2014

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

021.803.118-18

Nome

JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Nascimento

25/03/1956

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

AFD4632C.130D.A520

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 09/29/17 de dia 05/03/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

TRANSPARENZA

11 NOV 2014

ASS.:



Seguradora Líder - 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, Jose Angelo de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 370481588 EXPEDIDO POR SSP/CE EM 20/05/98 E
 CPF 024803418-18 / CNPJ _____, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jose Angelo de Oliveira 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 faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 257 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0955-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 530-287-1

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

Quixadá, 13 de Outubro de 2014
 LOCAL E DATA

Jose Angelo de Oliveira
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

TRANSPARENZA

11 NOV 2014

ASS.:



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR (D.P.I.)
18ª RPC / DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE IGUATU
Rua Monsenhor Coelho - Centro - Igatu-CE - Fone: (88) 3581.0307



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 6181 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 10/08/2014 10:00:00

Data / Hora da Ocorrência: 02/08/2014 10:35:00

Endereço da Ocorrência: SÍTIO CALDEIRÃO - ZONA RURAL - QUIXELO/CE.

COMPREV

10 NOV. 2014

ASS.: _____

Dados da(s) Vítima(s)

Nome JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Nascimento 25/03/1956

CPF 021.803.118-18

Filiação Edilson Ângelo da Silva e Filomena Emília de Oliveira

Residente no Sítio Caldeirão, 650 - Zona Rural.

QUIXELO/CE BRASIL



Certifico e dou fé que a presente
cópia fotostática confere com o
original exibido nesta data
Igatu - CE

03 NOV. 2014

Em testemunho da verdade

Roberto Sérgio Rocha da Silva - Tabelião

Histórico

Informa o declarante que na data e horário acima mencionados, seguia como condutor no
veículo HONDA/CG 150 TITAN KS de placa HXV7255 de cor AZUL FAB/MOD 2005/2006
chassi 9C2KC08106R826550 registrado em nome de RAIMUNDO BARBOSA DE
LUCENA, quando colidiu com um animal(cavalo) perdendo o controle do veículo caindo
sofrendo escoriações e fraturas. Informa ainda que foi socorrido por populares até o Hospital
Municipal de Quixelo/CE.

TRANSPARENZA

11 NOV 2014

ASS.: _____

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO (A): _____

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jose Angelo De Oliveira, portador da carteira de identidade nº 1704815-88 e inscrito no CPF/ME sob o nº 021803118-18 residente e domiciliado na St. Caldeirão, Nº 650 Cidade Quixelô Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

1004029



Jose Angelo De Oliveira

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Quixelô - PE 15/08/14

Local e data



COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

02/08/14



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua dos Patentes, S/N - CEP: 63515-000
Bom Jardim, CE - Brasil
Fone: (085) 3579-1197 - Fax: (085) 3579-1367
E-mail: saude@quixeb.ce.gov.br
NPA: 11-206-240001-14 - C.A.F.: 06.920.215-0
Quixebé - Ceará

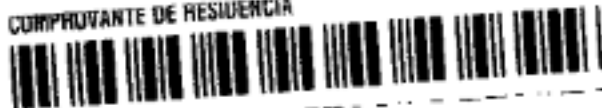
(URGÊNCIA/EMERGEN)

TRANSPARENZA

11 NOV 2014

ASS.:

Data: 02/10/14	Horário: 10:30	Ocorrência: 12	Idade: 56	Sexo: M
Paciente: Prof. Jorge de Oliveira	End. do Paciente/Res.: 54 Caldeira		Profissão:	
Telefone:	Doc. de Identificação:			
Horário de Atendimento:	PA:	TEMP:	OBS.:	
AIENDIMENTO ODONTOLÓGICO AIENDIMENTO MÉDICO				
Histórico doença atual: <i>Ateste por 4 volumes conforme - todos feitos</i>				
Exame Físico:				
Exame Complementares:				
Resultados:				
Diagnóstico: <i>HID. I nodular D. Arterio-vascular AS. de 10x10x10mm</i>				
Destino do Paciente:				
ASS. de Odon. do Paciente: Clinico Geral CREMEC nº 11.968				



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Angelo de OliveiraRG nº 1704815-88, data de expedição 20/05/98 Órgão SSP-ReCPF nº 021803118-18, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>ST Caldeirão</u>
Número	<u>650</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Quixelô</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63515-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88)9997-1707 / 9800-0590 / 9425-2130 /</u>
E-mail	<u>9108-050</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Quixelô-Ce 15/08/14Assinatura do Declarante: x Jose Angelo de Oliveira

TRANSPARENZA
11 NOV 2014
ASS.: *[Signature]*

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140007242 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 02/08/2014 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2014

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PERÍCIA ESPECIAL 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: LAERTE FELIX DE MATTOS

CRM do médico: 52.34636-3

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140007242

Cidade: Iguatu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE ANGELO DE OLIVEIRA

Data do acidente: 02/08/2014

Seguradora: COMPREV SEGUROS E
PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo contundente em joelho esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Presença de edema residual no joelho esquerdo. Presença de diminuição os movimentos de flexão e extensão do joelho esquerdo além de diminuição da força muscular do mesmo. Paciente apresenta marcha claudicante.

Resultados terapêuticos: Periciando sequelado de traumatismo contundente em joelho esquerdo, tratado conservadoramente com uso de anti-inflamatório, anticonvulsivantes e repouso. Paciente teve alta definitiva em 31/10/2014.

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM JOELHO E

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2014

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: José Gerardo Vale Matos

CRM do médico: 3216

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
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

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

