



Número: **0001091-94.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **03/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS (AUTOR)</b>	<b>ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56761 211	22/01/2020 09:29	<a href="#"><u>2616403_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01</u></a>	Petição em PDF



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE SERRA TALHADA/PE**

**Processo:** 00010919420198173370

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora requereu administrativamente indenização à ré, sendo realizada perícia a qual apurou lesão no ombro esquerdo com repercussão leve (25%), efetuando o pagamento no valor de R\$843,75:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/01/2020 09:29:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012209295905900000055836946>  
Número do documento: 20012209295905900000055836946

Num. 56761211 - Pág. 1

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635398 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS Data do acidente: 26/08/2017 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame: LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

### 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

Após o deferimento da produção de perícia judicial médica, foi elaborado laudo pericial apurando a mesma lesão antes detectada pela ré em sede administrativa, todavia, agora com repercussão maior.

O ilustre perito afirma que a parte autora possui lesão no ombro esquerdo com repercussão média (50%).

Ressalta-se a discrepância entre as avaliações médicas. Administrativamente, foi apurada lesão no ombro esquerdo com repercussão leve (25%) e no presente laudo judicial a lesão com repercussão média (50%), uma diferença gradual de 25%.

Desta forma não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/01/2020 09:29:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012209295905900000055836946>

Num. 56761211 - Pág. 2

Número do documento: 20012209295905900000055836946

Outrossim, na hipótese de condenação, salienta a ré que o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SERRA TALHADA, 21 de janeiro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/01/2020 09:29:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012209295905900000055836946>  
Número do documento: 20012209295905900000055836946

Num. 56761211 - Pág. 3



Número: **0001091-94.2019.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **03/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS (AUTOR)</b>	<b>ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)</b>	<b>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
56761 212	22/01/2020 09:29	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>	Outros (Documento)



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**

Nº Sinistro: **3170635398**  
Vitima: **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**  
Data do Acidente: **26/08/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170635398**.

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 12056823

Pag. 00629/00630 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/01/2020 09:29:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012209295919700000055836947>  
Número do documento: 20012209295919700000055836947

Num. 56761212 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12240946

A/C: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS

Nº Sinistro: 3170635398  
Vitima: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS  
Data do Acidente: 26/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

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: ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000035379-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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



## Autorização de pagamento



### AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima   
**067.490.694-28** **ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS**

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<b>Orlando Pedro de Lima Santos</b>	<b>067.490.694-28</b>	<b>AGRICULTOR</b>
Endereço	Número	Complemento
<b>RUA DO COMÉRCIO Projeto</b>	<b>560</b>	<b>CASA</b>
Bairro	Cidade	Estado
<b>CAIÇARINHA PENHA</b>	<b>SENNA TALHADA</b>	<b>PE</b>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<b>56900-000</b>	<b>87 99998-1477</b>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR  SEM RENDA  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00  R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.  D/V  CONTA NRO.  D/V  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name  NRO.

AGÊNCIA NRO.  D/V CONTA NRO.  D/V  
586 076 35329 5  
(Informar dígito se existir)  (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**SENNA TALHADA PE** **20 de NOVEMBRO de 2018**

Local e Data

**Orlando Pedro de Lima Santos**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



*1412536*  
*Senda*



Correspondente do Banco Bradesco S.A.  
ADALTO CARVALHO PRODUTOS FARMAC LTDA

R ENOCK I DE OLIVEIRA, N. 652

Tel: Net-150 00010058 Data 25/09/2017

Correspondente do Banco Bradesco

Proposta de Pre-abertura de Conta

Ag. Relac.: 00586 - SERRA TALHADA  
PNCB : 076 - FARMACIA TUPAN

Agenzia : 00586-SERRA TALHADA

Conta : 0000000035329-5

Nome : ORLANDO PEDRO DE LIMA

SANTOS

Data : 25/09/2017

Modalidade: 00

Tipo Pessoa: Fisica

Tipo Conta : Conta Corrente

Adesao ao Programa de Beneficios: N

NSU BRANCO: 028170326531

HORA : 09:50:06

Sujeito a Confirmacao do Banco

• OUDITORIA BRADESCO  
0800 727 9933

NSU Rede: 999194 Hora Rede: 09:50:04

EXCELSIOR SEGUROS  
29 NOV 2017  
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): Orlando Pedro de Lima Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Projeto Caicarinha da Penha, 560  
Centro Serra Talhada PE CEP: 56903-240  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7812610  
Data local do exame: [ 08/01/2018 ] Serra Talhada [ PE ]

**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 CLAVÍCULA ESQUERDA**

**LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR 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.

**EVOLUIU COM DOR E LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

Data da alta: 02/09/2017

**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

**LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO**

**Complicações: SEM CÓMPLICAÇÕES**

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

**DIFÍCIL FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO**

*Caso a resposta seja "Não", concluir dentro das 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):

**OMBRO - Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

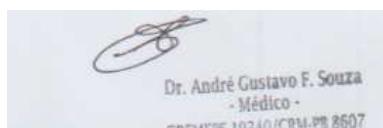
Região Corporal (Sequela):

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

- 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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 22/01/2020 09:29:59  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012209295919700000055836947>

Num. 56761212 - Pág. 5

Número do documento: 20012209295919700000055836947

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170635398      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS      **Data do acidente:** 26/08/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de clavícula esquerda

**Resultados terapêuticos:** Tratamento conservador

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhando à Perícia Médica para melhor apuração e valoração fidedigna de possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previstos pela legislação vigente.

### 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 %

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170635398      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORLANDO PEDRO DE LIMA SANTOS      **Data do acidente:** 26/08/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.  
LIMITAÇÃO DE ELEVAÇÃO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/01/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Gustavo Ferreira de Souza

**CRM do médico:** 19340

**UF do CRM do médico:** PE

### 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

### 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:**

