

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOZINEIDE DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180367845

**Vitima:** JOZINEIDE DA SILVA

**Data do Acidente:** 30/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180367845**.

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](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, 28 de Agosto de 2018

**Aos Cuidados de:** JOZINEIDE DA SILVA

**Sinistro:** 3180367845

**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA

**Data do Acidente:** 30/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**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 3180367845** 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, 13 de Setembro de 2018

Carta n°: 13355555

A/C: JOZINEIDE DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180367845  
**Vitima:** JOZINEIDE DA SILVA  
**Data do Acidente:** 30/04/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**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: JOZINEIDE DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001399-4**

**Conta: 000010017192-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%**

**Graduação: Em grau leve 25%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%**

**Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50**

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOZINEIDE DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180367845

**Vitima:** JOZINEIDE DA SILVA

**Data do Acidente:** 30/04/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180367845**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar infor.  
incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180367845**

**Vítima: JOZINEIDE DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180367845**      **Vítima: JOZINEIDE DA SILVA**

**Data do Acidente: 30/04/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOZINEIDE DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOZINEIDE DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000001399-4**

**Conta: 000010017192-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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: 3180062986  
Nome do(a) Examinado(a): Jozineide da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Gravata, S/N  
Zona Rural Canhoba SE CEP: 49880-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1.469.970  
Data local do acidente: [ 30/04/2017 ]  
Data local do exame: [ 23/02/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE DIAFISE MEDIAL DO RÁDIO A ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS.**

**Complicações: FOI EVIDENCIADO NA RÁDIOGRAFIA REALIZADA EM 09/02/2018 QUE NÃO HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E A PLACA ESTA SUSTENTANDO A FRATURA**

**Data da Alta: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E ANTEBRAÇO**

- 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)

**Sim** **(X) Não**

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

**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 (\*).

**(X) “Vítima em tratamento”**

**Esta avaliação médica deve ser repetida em 120 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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

**EM TRATAMENTO (DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO).**

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 1827

**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: 3180367845  
Nome do(a) Examinado(a): Jozineide da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Gravata, S/N  
Zona Rural Canhoba SE CEP: 49880-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1469970  
Data local do acidente: [ 30/04/2017 ]  
Data local do exame: [ 29/08/2018 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS.**  
**Complicações: BLOQUEIO LEVE E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO E PUNHO.**

**Data da Alta: 02/05/2017**

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

**NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+++/5) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO. CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO, ATROFIA LEVE DO MÚSCULO DO ANTEBRAÇO, DOR, EDEMA, E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO E PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO E PUNHO E DO MOVIMENTO DE SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E MÃO.**

- 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

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):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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

**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: 3180367845  
Nome do(a) Examinado(a): Jozineide da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Gravata, S/N  
Zona Rural Canhoba SE CEP: 49880-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 1469970  
Data local do acidente: [ 30/04/2017 ]  
Data local do exame: [ 09/01/2019 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DE RÁDIO, DIÁFISE MEDIAL COM LESÃO NERVOA (NEUROPRAXIA) À ESQUERDA.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE RÁDIO COM PLACA E PARAFUSOS,**  
**Complicações: MÃO CAÍDA, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DOS QUIRODÁCTILOS E PUNHO, SUDORESE PROFUSA NA MÃO**  
**\*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 27/11/2018 QUE REVELA NEUROPATHIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA**  
Data da Alta: 02/05/2017

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUIDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E INTERDIGITAL, DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, MÃO CAÍDA, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO, DOS QUIRODÁCTILOS, SUDORESE PROFUSA NA MÃO**  
**\*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 27/11/2018 QUE REVELA MONONEUROPATHIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA**

- 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 MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**

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):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

- 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 Júnior*

Manoel Otacílio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM 1627

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOZINEIDE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010017192-3

---

Nr. da Autenticação B00C7EE8B51ECB87

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOZINEIDE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010017192-3

---

Nr. da Autenticação 693D77ACA536EE29

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+++/+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO. CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO, ATROFIA LEVE DO MÚSCULO DO ANTEBRAÇO, DOR, EDEMA. E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO COTOVelo E PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVelo E PUNHO E DO MOVIMENTO DE SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E MÃO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/08/2018

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO, DIÁFISE MEDIAL COM LESÃO NERVOSA (NEUROPRAXIA) À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E INTERDIGITAL, DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, MÃO CAÍDA, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO, DOS QUIRODÁCTILOS, SUDORESE PROFUSA NA MÃO  
\*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 27/11/2018 QUE REVELA MONONEUROPATHIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E URNA

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</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:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/10/2018

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO. VITIMA JÁ INDENIZADA PELA PERÍCIA EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI 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 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

SINISTRO COM PAGAMENTO. VITIMA JÁ INDENIZADA PELA PERÍCIA EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 23/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** SINISTRO COM PAGAMENTO. VITIMA JÁ INDENIZADA PELA PERÍCIA EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.  
APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI 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 %	R\$ 0,00

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

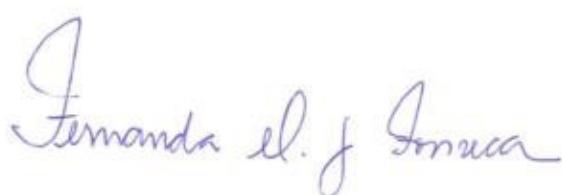
**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 03/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

SINISTRO COM PAGAMENTO. VITIMA JÁ INDENIZADA PELA PERÍCIA EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

## 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>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO, DIÁFISE MEDIAL COM LESÃO NERVOSA (NEUROPRAXIA) À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E INTERDIGITAL, DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, MÃO CAÍDA, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO, DOS QUIRODÁCTILOS, SUDORESE PROFUSA NA MÃO  
\*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 27/11/2018 QUE REVELA MONONEUROPATHIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E URNA

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</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:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** NO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+++/+) EM VIRTUDE DA DOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE LATERAL DO ANTEBRAÇO. CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE MEDIAL DO RÁDIO, ATROFIA LEVE DO MÚSCULO DO ANTEBRAÇO, DOR, EDEMA. E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO COTOVelo E PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO COTOVelo E PUNHO E DO MOVIMENTO DE SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO E MÃO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 29/08/2018

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180367845      **Cidade:** Aquidabã      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZINEIDE DA SILVA      **Data do acidente:** 30/04/2017      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO, DIÁFISE MEDIAL COM LESÃO NERVOSA (NEUROPRAXIA) À ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (++/+5) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA HIPERTRÓFICA NA FACE ANTERIOR DO ANTEBRAÇO, AUMENTO DO VOLUME DA EPÍFISE DISTAL DO RÁDIO ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E INTERDIGITAL, DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, MÃO CAÍDA, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO, DOS QUIRODÁCTILOS, SUDORESE PROFUSA NA MÃO  
\*VISTO ELETRONEUROMIOGRAFIA DE 27/11/2018 QUE REVELA MONONEUROPATHIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E URNA

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 09/01/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</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:**

