

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** 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 13288400



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** 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 nº: 13355555

A/C: JOZINEIDE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180367845
Vítima: 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:

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
---	-----	----------

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, 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 LÍDER 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** 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. 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



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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 RADIO 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: COMPLICAÇÕES: FOI EVIDENCIADO NA RADIOGRAFIA 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim () Não

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

() 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):

% 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

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.

EM TRATAMENTO (DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO).

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 RADIO 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 RADIO 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 casualidade: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 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 NERVOSA (NEUROPAXIA) 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 NEUROPATIAS 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 DIMINUÍDA (++) 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 MONONEUROPATIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

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 RADIO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: 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.

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 (++) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVÁ, 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 MONONEUROPATIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA

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: VÍTIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

Médico examinador: Manoel Otacílio 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RADIO 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 RADIO 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

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 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
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: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE MEDIAL DO RADIO 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:

Fernanda C. G. Fonseca

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 RADIO 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.

APOS 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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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 (++) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVÁ, 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 MONONEUROPATIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA

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: VÍTIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

Médico examinador: Manoel Otacílio 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 RADIO À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: 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.

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 (++) EM VIRTUDE DA DOR E PARESTESIA EM LUVÁ, 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 MONONEUROPATIAS DO NERVO MEDIANO E RADIAL À ESQUERDA COM DESMIELINIZAÇÃO DO NERVO RADIAL E ULNA

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: VÍTIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MSE, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MSE.

Médico examinador: Manoel Otacílio 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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:

