

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.700,00

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

CLIENTE: MOACIR PEREIRA GALDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000013922-4

---

Nr. da Autenticação 9A9EEC891CE7EF20

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MOACIR PEREIRA GALDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000013922-4

---

Nr. da Autenticação EC53752761B8608E

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190180839 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MOACIR PEREIRA GALDINO **Data do acidente:** 06/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA TRANSTROCANTÉRICA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 11.

## 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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150679027

**Cidade:** Olinda

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MOACIR PEREIRA GALDINO

**Data do acidente:** 26/05/2015

**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Descrição do exame médico pericial:** DÉFICIT DE FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO COM FIOS DE KIRSCHNER, COM EVOLUÇÃO FAVORÁVEL, MESMO COM FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM PUNHO D

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/09/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Marcus V de Carvalho Freire

**CRM do médico:** 21102

**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 punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

## PRESTADOR

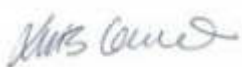
SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

**Médico revisor:** LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

**CRM do médico:** 17761

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014101623**Cidade:** Paulista**Natureza:** Invalidez**Vítima:** MOACIR PEREIRA  
GALDINO**Data do acidente:** 29/11/2013**Emissor do parecer:** GALDINO  
LEONARDO**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de  
Saude Ltda.**CRM do médico:** 17727

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO**Descrição do exame médico pericial:** LIMITAÇÃO DE FORÇA IMPORTANTE E BLOQUEIO DE DORSIFLEXÃO DA MÃO E DE SUPINAÇÃO COM  
COMPROMETIMENTO IMPORTANTE DA PREENSÃO**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO**Sequelas permanentes:** DANO GRAVE EM MÃO E**Sequelas :** Com sequela**Data da perícia:** 24/02/2014**Conduta mantida:****Observações:****Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** GALDINO LEONARDO**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

**Dano**

Perda funcional completa de uma das mãos

%	Dimensão	Graduação
70	1	75

**Valor avaliado:** 7.087,50

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: MOACIR PEREIRA GALDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000013922-4

---

Nr. da Autenticação 5AEE0782B76478DB

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/09/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: MOACIR PEREIRA GALDINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000013922-4

---

Nr. da Autenticação EE6F6BADE4885BF1