

# 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

**Valorização 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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 CIRÚRGICO 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

<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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

## 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

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

terapêuticos:

**Sequelas** DANO GRAVE EM MÃO E  
permanentes:

**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:**

## DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda funcional completa de uma das mãos	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