

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: 31/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON CLEMENTE DE MOURA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01365-X

CONTA: 000010025736-4

Nr. da Autenticação 7301F616735C3DAD

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170001878

Cidade: Mossoró

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON CLEMENTE DE MOURA

Data do acidente: 04/12/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DA BASE DO 1º METACARPO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: A VÍTIMA REFERE DOR E EDEMA NO POLEGAR ESQUERDO COM REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS E DA FORÇA DE APREENSÃO DA MÃO. AO EXAME APRESENTA DISCRETO EDEMA NA FACE DORSAL DO 1º METACARPO ESQUERDO, DOLOROSO À PALPAÇÃO, CICATRIZ CIRÚRGICA ANTIGA, AO NÍVEL DO DORSO DA MÃO ESQUERDA NAS CABEÇAS DO 2º AO 4º QUIRODÁCTILOS (SINISTRO ANTERIOR). HIPOTROFIA DA MUSCULATURA HIPOTENAR À ESQUERDA. LIMITAÇÃO DA PREENSÃO MANUAL ESQUERDA. ADM DA FLEXÃO CARPOMETACÁRPICA ESQUERDA DE 10º, EXTENSÃO DE 30º E ABDUÇÃO DE 40º. SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO 1º METACARPO ESQUERDO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR CERCA DE 30 DIAS. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 1º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 1º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosa Maria Vaz dos Santos

CRM do médico: 2109

UF do CRM do médico: RN

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
Dedos Polegar com metacarpo-Perda completa da mobilidade de um dos dedos polegar com metacarpo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GUSTAVO B CAMILO

CRM do médico: 52.94275-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

