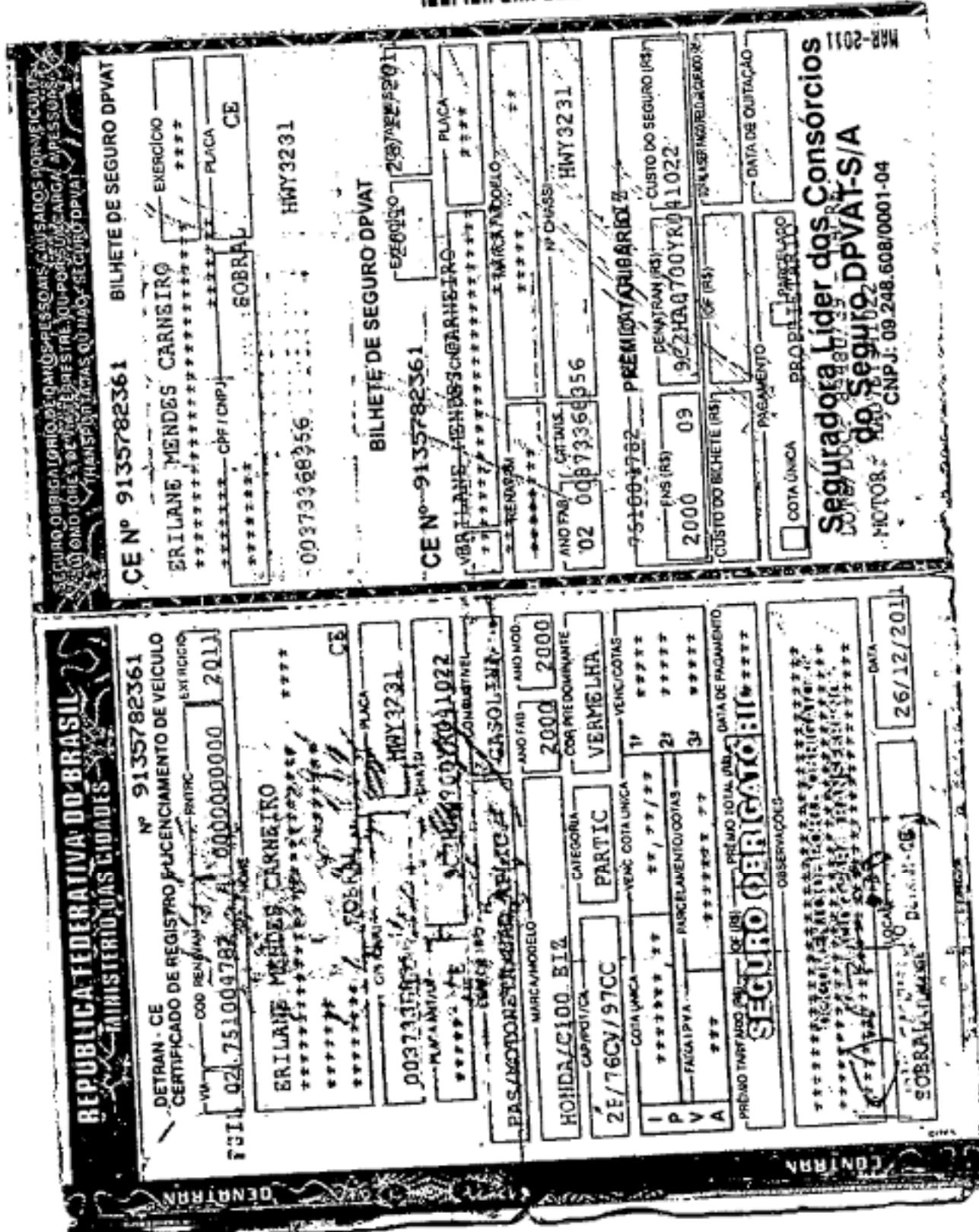


DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

1004037



A rectangular stamp with a double-line border. The word "FEDERAL" is on the top line and "SEGUROS" is on the bottom line, both in a bold, sans-serif font. Below this, the date "25 JAN. 2013" is stamped in a slightly smaller but also bold font.



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Jucenildo Rodrigues de Souza, portador da carteira de identidade nº 254574992 e inscrito no CPF/MF sob o nº 754.776.023-68, residente e domiciliado na Pr. Jundiaí / angas Cidade Santa Quitéria, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

1004054



JUCENILDO RODRIGUES DE SOUZA

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Santa Quitéria, 14/01/13



Requerimento de Serviço

Por este instrumento de servido de declaração, em abanco assinado, Sr. Juiz
JUVENTINO RODRIGUES DE SOUZA, brasileiro, solteiro, portador do RG n. 2518514992 expedido por SSP-CE
CPF n. 754.776.023-68 declaro para os devidos fins e repetir em juiz
se necessário, lo, que sou residente e domiciliado na

Rua: Rua VA CONCEIÇÃO

bairro: Papelaria Silvana II, na cidade de Sobral

Estado: CE sob CEP: 62220000

Dá-lhe fé, mula, na respectividade por qualquer preposto que porventura a Seguradora Centurion Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face as informações acima mencionadas.

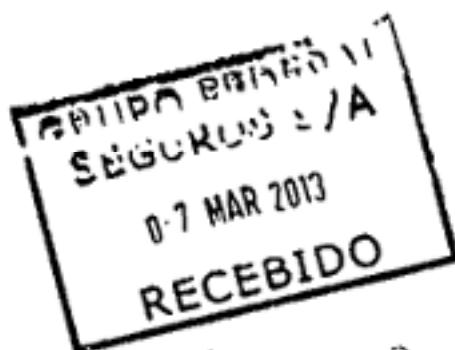
Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam os efeitos legais.

OUTROS

1004054



Sobral, 30 de 05 de 2013



Juventino Rodrigues de Souza

(88) 96050721
(88) 9942942

2.500,00 de Réu PREC. 1004054
OUTROS



Por este instrumento particular de declaração, em anexo assinado, N.º 10

Jucenildo Rodrigues de Souza, brasileiro (a),
portadora do RG n.º 2546514992, expedido por SSP-CE
CPF n.º 754.776.023-68 declaro para os devidos fins e repetir em juiz
se necessário for, que sou residente e domiciliada na
rua: Rua da Consolação, N.º 100
bairro PARQUE SILVANA II, na cidade de Fortaleza
estado CE, sob CEP n.º 62280000.

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que por verifiquem
Seguradora Centauros Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face
às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que
surtam seus efeitos legais.

• Santa Quitéria, 30 de 03 de 2013

28 MAR 2013

RESINTRAN

Jucenildo Rodrigues de Souza

(88) 96050721
(88) 99429431

28 MAR 2013

RESINTRAN

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO DPVAT -

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jucenildo Rodrigues de Souza,
PORTADOR / A DO RG Nº 255514992 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 1/1/13 E
CPF 7354746023-68 / CNPJ ██████████-██████-██, PROFISSÃO AUXILIAR DE SERVIÇOS E RENDA MENSAL DE R\$ 622,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jucenildo Rodrigues de Souza, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA 0058-8 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE 528637-9

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO I

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Santa Quitéria

DATA 14/01/13

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Jucenildo Rodrigues de Souza

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep). Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204. A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

**Bradesco****Day & Night**

BIN - BRADESCO, DIA E NOITE
EXTRATO CONTA CORRENTE TERH.039861
JUENILDO RODRIGUES DE SOUSA 10:38 HRS
AGENCIA 0468 CONTA 0628637-9 14/JAN/2013
DISPONIVEL
+ CONTA CORRENTE 1,07
= TOTAL DISPONIVEL 1,07
SALDO TOTAL 1,07
SALDO DISP. P/INVEST. 1,07

Declarativo para simples conferencia.
Sujeito a alterações ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022/0800 570 0022.
SAC Atendimento Bradesco - 0800 7048383.
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 7220099.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7279933 das 08h as 18h,
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A Declaracao de Outorga Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autotendimento e Internet.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 553 - 796 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data / Hora da Comunicação: 16/01/2013 09:27:15
Data / Hora da Ocorrência: 02/12/2012 20:00:00
Endereço da Ocorrência: R. CEL. DIOGO GOMES
CENTRO SOBRAL /CE
Ponto de Referência: PROX. AO BOI E CIA.

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOCENILDO RODRIGUES DE SOUSA
Nascimento: 09/12/1975
RG: 254514992 Órgão Emissor: SSP - UF: CE - CPF:
Filiação: MAXIMIANO LOPES DE SOUSA
MARIA RODRIGUES DE SOUSA
Endereço: R GALERIA PRINCESA ISABEL 590
P. SILVANO II
SOBRAL, CE BRASIL.

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Telefone:

Histórico

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO LOCAL, DATA, HS, ACIMA CITADOS, SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO, QDO PILOTAVA A MOTO HONDA C 100 BIZ, ANO 2000, VERMELHA, PLACA HWY 3231, CHASSI N°9C2HA0700YR041022, DOCUMENTO DA MOTO EM NOME DE ERILANÉ MENDES CARNEIRO, QUE, NA SUA MOTO QDO, UMA PESSOA EM OUTRA MOTO BATEU NO GUIDON DA SUA MOTO NO LADO DIREITO E QUE PERDEU O EQUILÍBRIO E CAIU; DIZ QUE FRATUROU O OMBRO DIREITO, QUE, FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL, NADA

MAIS

DISSE,

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MATRÍCULA: 013015-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jocenildo Rodrigues de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A):





11112
25/01

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Por este instrumento particular de declaração, em abarço assinado, Sr. (a) Frederico Rodriguez de Souza, brasileiro (f), portador(a) do RG n. 2516514992 expedido por SSP-CE e CPF n. 754.476.023-68 declaro para os devidos fins e repetirer em juiz se necessário for, que sou residente e domiciliado(a) na Rua 1, Brix 0A, CONVOCAÇÃO N. 1, bairro Pedreiro SILVANA II na cidade de Sobral, estado CE, sob CEP n. 82280000

Declaro ainda, e me responsabilizo por qualquer prejuízo que porventura a Seguradora Centauros Vida e Previdência possa ter, no presente e no futuro, face às informações acima prestadas.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração, para que surtam seus efeitos legais.

FEDERAL SEGUROS

31 JAN 2013

REF ID: A

Santa Fe, 30 de Octubre de 2013

* Jucenildo Rodrigues de Souza

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

Atenção: A finalidade deste relatório é agilizar a invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

1004031



Nome completo da vítima:

Número do sinistro

Jacenilhe Rodrigues de Souza

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do Acidente:

Data do início do tratamento:

Nome completo e CRM do médico:

Terezinha Lacerda Ribeiro Ceu 4280

Lesões resultantes do acidente:

Fractura no punho +
oubra direita

Dados resumidos do tratamento:

+ to cerclage

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? () sim () não

No caso de afirmativo descrever:



Com relação a invalidez pode-se concluir que:

- () A invalidez é temporária, portanto passível de recuperação significativa ou cura através de tratamento
 () A invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

Segmento anatômico ou órgão afetado

- 1º Dors + Nervos + medula +
 2º nervos + nervos em
 3º Faculdade de movimento em
 4º 60% perda M.D.
 5º

Afirmo que assisti e/ou avaliei a vítima no período de _____ a _____ e

Enx. Círculo /6, 1, 2013

Local

Data

Foto Tarcisio L. Bruno
F. G. ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
ORTOPEDIA-TRAMATOGIA
ORTEGA 4285

- Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Sonja Beltrame

Local

16, 01, 13

Data

Julio Rodriguez

Assinatura da Vítima

Sou...



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Aten: 3317079 Dt. Atend: 02/12/2012 - 20:05
 Reg.: 3317079 Dt. Nasc: 09/12/1975
 Nome: JUDENILDO RODRIGUES DE SOUSA
 End.: R. DA CONSOLACAO 655
 PARQUE SILVANA II; SOBRAL-CE; CEP: 62040641

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: *disponível*

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 20:00h

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO

CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO
- TEM PLANO DE SAÚDE
- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA...

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS



*Santa Casa de M. de Sobral
SAMU
CENTRO CONV. ORIGINAL
Sobral
Assinatura do Dr. Cid
Assinatura do Dr. Cid*

HDA DO ACOLHIMENTO:

Pete no traseiro de acidente moto-moto com trauma msd (braço) + fractura (msc) alvo no ombro direito axilar D há t 30min. Nao tem queimadura + hemorragia + hemial

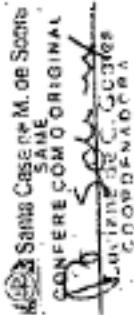
PA: 100/60 PULSO: ... FR: ... TEMP.: ... PESO: ...

TIPO DE ACIDENTE:

Colisão entre 2 motos

- Acidente c/ objetos corte-contusos Acidente por arma de fogo Afogamento
- Choque elétrico Queda. De onde? _____
- Ingestão accidental: Corpo estranho Produto químicos farmacêuticos
- Queimaduras: 1º Grau 2º Grau 3º Grau Por: Água Óleo Álcool Elétrico
- Atropelamento: Carro Moto Bicicleta Outros
- Carro: com cinto sem cinto Moto: com capacete sem capacete
- Mordedura de animais: Doméstico Selvagem Ofídico
- OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:



Hora:

Data:

ALTA DO PACIENTE

- TRANSFERÊNCIA HOSPITAL DE ORIGEM OUTROS
 ALTA CLÍNICO CIRÚRGICO
 INTERNADO:

OBSERVAGAO: DESTINO

- CIRÚRGICO CLÍNICO
 INTERNAGAO ALTA COMPLEXIDADE
 SEM MEDICAGAO
 COM MEDICAGAO
DESTINO DO ATENDIMENTO: CONSULTA

- CLÍNICO CARDIOLÓGICO NEUROLÓGICO OFTALMOLOGICO
 CIRÚRGICO TRAUMAT. ORTOPÉDICO OTORRINO ODONTOLOGICO
 TENTATIVA DE SUICÍDIO OUTROS

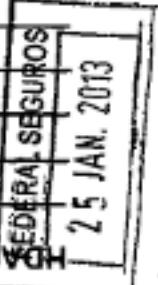
MOTIVO DO ATENDIMENTO

Ass. Medicos - GRM

DIAGNÓSTICO:

TACO M59

CONDUTA:



HORA DO MÉDICO:

20:49

- TCE ABDOMINAL TORÁCICO POLTRAMA
 ESPANCAMENTO VIOLENÇA SEXUAL
 PAI MÃE: OUTROS PAI PADASTRO DESCONHECIDO
TIPO DE TRAUMA

Avaliação para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: 2013058974

Nome da Vítima: JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA

Local: SOBRAL-CEARÁ

Data do Acidente: 02/12/2012

Resultado da avaliação apurada pelo Médico Examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

()Sim ()Não ()Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas.

Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito

II. Com base no quadro clínico atual do Examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar.

Ombro direito.

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Incapacidade de flexão, extensão, abdução, rotação externa e interna de ombro direito em decorrência de ruptura dos tendões subescapular e supraespinhal além de bursite subacromial bubretoideana.

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

Fisioterapia motora após procedimento cirúrgico.

b) Exames Complementares ()Sim ()Não

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

Disfunções apenas temporárias.

Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação e se há necessidade de uma avaliação complementar.

Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas.

Limitações na flexão, extensão, rotação interna e externa e na abdução do ombro direito.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de seu tratamento, faz-se necessária a realização de algum exame complementar?

Sim Não

Em caso afirmativo informar qual(is) e seus prazos de controle.

Em caso de resposta "disfunções temporárias" do item IV ou de resposta "sim" ao item V, favor NÃO preencher os demais campos assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Com base no exame médico se pode documentar:

Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial" informar se o dano é "completo" ou "incompleto":

Parcial Completo

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

Parcial Incompleto

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento

corporal da vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as seqüelas definitivas então identificadas.

1º Lesão

Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Médio (x) 75% Grave

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anatômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) seqüela(s) poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas

Informações Complementares Apresentadas pelo médico Examinador ou Revisor

Identificação do médico responsável pela avaliação.

Identificação do Médico Examinador

Nome do Médico: CICERO GIGLIANE BEZERRA SARAIVA

Registro no CRM: 10425

Local e Data do Exame

Sobral-Ce, 12 de abril de 2012.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013058974**Cidade:** Sobral**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA**Data do acidente:** 02/12/2012**Emissor do parecer:** Reginaldo Wanis**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** Visão Médica Ltda**CRM do médico:** 436856

PARECER

Data da análise: 14/02/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA DE OMBRO DIREITO**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** PERICIA ESPCIAL CE**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** REGINALOD WANIS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Danos não definidos.

% Dimensão Graduação**Valor avaliado:** 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013058974**Cidade:** Sobral**Natureza:** Invalidez**Vítima:** JUCENILDO RODRIGUES DE SOUSA**Data do acidente:** 02/12/2012**Emissor do parecer:** GALDINO LEONARDO**Seguradora:** FEDERAL DE SEGUROS S/A**Prestadora:** SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.**CRM do médico:** 10425

PARECER

Diagnóstico: Lesão em ombro direito com ruptura dos tendões subescapular e supraespinhal além de bursite subacromial bubretoideana.

Descrição do exame médico pericial: Limitações intensa na flexão, extensão, rotação interna e externa e na abdução do ombro direito

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador e realizará tto cirúrgico, com posterior Fisioterapia motora

Sequelas permanentes: Dano em relação aos movimentos do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/04/2013

Conduta mantida:**Observações:**

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: CICERO GIGLIANE BEZERRA SARAIVA

UF do CRM do médico: CE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25	1	75

Valor avaliado: 2.531,25