

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: 16/01/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00044-2

CONTA: 000000106759-1

Nr. da Autenticação 4A867330AE5F07CE

LAUDO DE EXAME PERICIAL - L. CORPORAL-ACID. TRÁFEGO

Pag: 1 de 1

Identificação do Laudo:			
Código: 67577	Tipo: L. CORPORAL-ACID.	Requerente: DELEGACIA DE ACIDENTES	Cidade: TERESINA-PI
Data Requisição: 28/11/2013	Remeter para: O mesmo(a)	Data Exame: 29/11/2013	Hora Exame: 09:56
Local Exame: I.M.L.		Emissão do Laudo: 29/11/2013 09:52:09	

Identificação do Periciando:

Código: 56372	Nome: PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA	Nacionalidade: Brasileira	Cor: PARDAS
Dt. Cadastro: 29/11/2013	Endereço: AV. ESTRUTURAL ARTERIAL, 3913 - BELA VISTA - TERESINA - PI		
Mae: MARIA DA CRUZ BRITO BARBOSA	Pai: PEDRO PAULO BARBOSA		
CPF: 1.304.033-888-PI	Registro Nascimento: 18/12/1976		
Profissão: FUNC. PUB. MUNICIP.	Idade(anos): 36 Sexo: M Estado Civil: Casado(a)		

L A U D O :

P R E Á M B U L O: No dia, hora e local acima referidos, os peritos designados pelo Sr. Coordenador do Instituto de Medicina Legal "Gerardo Vasconcelos", Del. Anfrísio Antônio Nogueira Paes Castelo Branco, nos termos do art. 178 do Código de Processo Penal para procederem ao exame do corpo de delito descrito acima do periciando também qualificado acima. Em face do que viram e observaram passaram a descrever com verdade e com todas as circunstâncias o que encontraram e bem assim esclarecerem tudo quanto possa interessar. H I S TÓRICO: periciando informa que trafegava em via pública em sua motocicleta quando foi abalroado por outra motocicleta, fraturando sua perna esquerda, tendo o evento ocorrido 09/08/2013 por volta das 17h e 40min. Foi posteriormente levado para o Hospital de Urgências de Teresina (HUT) para primeiro atendimento e, no dia seguinte, realizado procedimento cirúrgico no Centro Ortopédico de Teresina (COT). DESCRIÇÃO: periciando alo e autopsiquicamente orientado apresentando cicatriz cirúrgica de aproximadamente 20cm em seu maior diâmetro em face anterior de região terço distal de perna esquerda. Prontuário médico de nº número 268740 do HUT informa que foi atendido às 18h e 32 min do referido dia por trauma em membro inferior esquerdo. Prontuário médico do COT de número 0014947 informa que o paciente foi submetido à redução cirúrgica de fratura em tibia esquerda no dia 09/09/2013 com implementação de placas e parafusos. Atestado médico fornecido por Dr Glauson Nascimento (CRM-2775) informa que paciente apresenta limitação funcional da perna esquerda em 40%. Ao exame paciente apresentou limitação de flexão extensão em cerca de 20%. CONCLUSÃO: lesões contusas com inabilitação das atividades habituais por mais de 30 dias. RESPOSTA AOS QUESITOS FORMULADOS: 1) Houve ofensa à integridade física ou à saúde do examinado? Resp.: SIM 2) Qual o instrumento ou meio que a produziu? Resp.: INSTRUMENTO DE AÇÃO CONTUNDENTE 3) Tais lesões poderão ter sido provocadas por acidente de trânsito? Resp.: SIM, PODERÃO TER SIDO 4) Resultará incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias, ou perigo de vida, ou debilidade permanente de membro, sentido ou função? Resp.: SIM, RESULTOU EM INCAPACIDADE PARA OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 DIAS 5) Resultará incapacidade permanente para o trabalho, ou enfermidade incurável, ou perda ou inutilidade de membro, sentido ou função ou deformidade permanente? Resp.: NÃO, PERICIANDO APRESENTA LIMITAÇÃO NA AMPLITUDE DE MOVIMENTO DA Perna, PORÉM NÃO INabilita PERMANENTEMENTE PARA O TRABALHO 6) Outros dados julgados úteis? Resp.: NÃO Nada mais havendo, deu-se por findo o presente laudo, que lido e achado conforme, vai devidamente assinado. ///////////////

IGOR NORONHA PEREIRA CALEGARI
 Perito Médico Legal - CRM 4871 - PI

ALAVES

02 JAN. 2014

NÃO NECESSARIO
 Art. 159 - Código de Processo Penal
 JOSE LUIZ CASTELO BRANCO SIQUEIRA
 - Lei 11.590/2008 -
 Perito Médico Legal - CRM 1873 - PI
 LAUDO DO IML - LESÕES CORPORAIS





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, Pyerson de Paulo Brito BarbosaPORTADOR(A) DO RG Nº 3.304.033EXPEDIDO POR SSP - PIEM 17/08/2007CPF 751.244.353-45 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pyerson de Paulo Brito Barbosa, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT À EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem**, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

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

BANCO 000 • AGENCIA 00442 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 106759 - 4

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGENCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIPTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ALAVES

LOCAL GeresseuDATA 30/12/2013

02 JAN 2014

09 ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Pyerson de Paulo Brito Barbosa

! 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 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvalsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO BRASIL S.A.
16/12/2013 - AUTO-ATENDIMENTO - 16.39.09
08397708650

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0844-2 CONTA: 106.759-1
CLIENTE: PYERSON PAULO B BARBOSA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
-----12/11/2013-----		
Saldo Anterior		0,00C
-----03/12/2013-----		
Recebimento de Proventos 195928		600,31C
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS		
Pto 08 Credito Salario 682963		62,66D
Pto 08 Credito Salario 717462		28,99D
Tarifa Pacote de Servicos 728450		1.22D
Cobr parc tarif pend ref a 25/10/2013		
Tarifa Pacote de Servicos 012732		11,00D
Tarifa pendente referente a 25/11/2013		
Saldo		584,44C
-----05/12/2013-----		
Saque no TAA 475101		500,00D
05/12 08:51 SOP-TERESINA		
Saldo		4,44C
-----12/12/2013-----		
Recebimento de Proventos 227203		381,99C
FUNDACAO MUNICIPAL DE SAUDE - FMS		
Banco 24 Horas 217173		380,00D
12/12 19:41 TERM. TECBAN 08062		
S A L D O		6,43C

ALAVES
02 JAN. 2014
AD



BOLETIM DE ENTRADA - BE

DADOS DO PACIENTE:

Nome: PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA		Prontuário: 268740
Mae: MARIA DA CRUZ BRITO BARBOSA	Pai: PEDRO PAULO BARBOSA	
End. Resid.: VIA ESTRUTURAL ARTERIAL - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 18/12/1976	Idade: 36a:8m:22d	Sexo: Masculino Fone: 86-9995-6711
Responsável: DIANA DE CARVALHO - ESPOSA	CNS: 704106143704879	
Profissão: FUNC. PÚBLICO	Documento: Reg.Nasc: não informou	
G. Instrução: Médio Completo	E. Civil: Casado(a)	
End. Local.: - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 326042	Data: 09/08/2013 18:32:39	Condução: AMBULÂNCIA DO SAMU
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Caso Policial: Não	Pl. Saúde: Não
Trauma: Não		Mau Tratos: Não

DADOS CLÍNICOS:

Doenças crônicas
pessoal fumaça

ALTA DE CHAVES
MÉDICO

PA _____ mmHg	P脉: _____	PC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial:		Dr. Heyder de Oliveira (HOL)	
		CID: _____	

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

174 press (5)

21101801

DOCUMENTAÇÃO MÉDICO HOSPITALAR

10040

ALTA:	<input type="checkbox"/> Melhorado	<input type="checkbox"/> Administrativa	<input type="checkbox"/> Retornar à Unid. Origem: _____
	<input type="checkbox"/> Curado	<input type="checkbox"/> Por Indisciplina	<input type="checkbox"/> Transferência: _____
	<input type="checkbox"/> Inalterado	<input type="checkbox"/> Por Evasão	<u>DATA SAÍDA:</u> / / . <u>HORA:</u> : : :
	<input type="checkbox"/> A Pedido		

ALAVES

DESTINO:

ÓBITO:	<input type="checkbox"/> Até 02 JAN. 2014	<input type="checkbox"/> Família
	<input type="checkbox"/> De 24 a 48 Hs	<input type="checkbox"/> IML
	<input type="checkbox"/> Após 48 Hs	<input type="checkbox"/> Anat. Patol.

Internação na Unidade

Proced. Solicitado:

04080505500

CID Compatível:

590.2

Prof. Solicitante
Internação:

Dr. Heyder de Oliveira (HOL)
09/08/2013
09/08/2013

Assinatura Paciente ou Responsável
Diana de C. Oliveira Barbosa

Carimbo- Assinatura - Profissional - BE

FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

Imp: 09/08/2013 18:32:41
 (ADRIANA)

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA		<u>Prontuário:</u> 2687 40
<u>Mae:</u> MARIA DA CRUZ BRITO BARBOSA	<u>Pai:</u> PEDRO PAULO BARBOSA	
<u>End. Resid.:</u> VIA ESTRUTURAL ARTERIAL - BELA VISTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
<u>Nascimento:</u> 18/12/1976	<u>Idade:</u> 36a:8m:22d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u> 86-9995-6711
<u>Responsável:</u> DIANA DE CARVALHO - ESPOSA		<u>CNS:</u> 704106143704879
<u>Profissão:</u> FUNC. PÚBLICO		<u>Documento:</u> Reg.Nasc: não informou
<u>G. Instrução:</u> Médio Completo		<u>E. Civil:</u> Casado(a)
<u>End. Local.:</u> - - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

<u>Código:</u> 326042	<u>Data:</u> 09/08/2013 18:32:39	<u>Condução:</u> AMBULÂNCIA DO SAMU
<u>Motivo da Procura:</u> ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		<u>Convênio:</u> S U S
<u>Acid. Trab.:</u> Não	<u>Caso Policial:</u> Não	<u>Pl. Saúde:</u> Não
<u>Maus Tratos:</u> Não		

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Aassinatura Solicitante

DADOS DO PARECER:

Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Carimbo/Aassinatura Solicitante

ALAVES
 02 JAN 2014 03

DADOS DO PARECER:

Carimbo/Aassinatura Prof. Parecer



Dados do Chamado	01 N°. do chamado 67	02 Data do chamado 09/01/2014	03 PRO (código) 00000000000000000000000000000000	04 Saída do PA 8:00	05 Chegada ao local 8:00
	06 Saída do local 18:50	07 Chegada ao 1º. hospital 18:50	08 Saída do 1º. hospital	09 Chegada ao 2º. hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço R. Pio 121		11 Bairro Centro	12 Município-UF Teresina - PI	Código IBGE
Dados do Paciente	13 Ponto de referência				
Tipo de Ocorrência	14 Nome Pereira de Paula Brito Bandeira		15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	16 Idade 11-76	Se idade ignorada, preencha com 999	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Exame Físico	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - JÁ removido 18 - Falso chamado	
Assistência	19) Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20) Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	21) Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	22) Equipamentos de segurança Capacete Cinto de segurança Assento para criança	23) Local da lesão
Hospital de Destino	23) Glasgow = 14	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	24) Sinais Vitais Pulso _____ Resp. _____ PA _____ TAX _____ Sal02 _____	25) Local da lesão
Observações Interdisciplinar	26) Pupilas 1 - Igualas 2 - Desiguais	27) Pulso Radial 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28) Sangramento 1 - Sim 2 - Não	29) Dor 30) Fratura 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeito	31) Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração Oxigênio Curativos Prancha longa/curta Colar cervical Ked Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b) c)
	32) Hospital de Destino	33) Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado		34) Óbito 1-Sim 2-Não Antes do socorro Antes do transporte Durante o transporte	35) Não Removido
	ALAVES 02 JAN 2014 04				
	Responsável pela recepção	Socorristas Médico A/E/TE	Enfermeiro	Condutor	



FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Nome: <u>Pyerson de Paula Brito Barros</u>	Idade: <u>36</u>	Data: <u>09/08/13</u>
	Sexo: <u>() M () F</u>	
Procedência: <u>() The () PI () MA () Outros:</u>	Horário: <u>12:00:00</u>	

Situação / Queixa: *afidante da moto*

Breve história:

Breve história:
Vítima de acidente de moto utilizou drogas
há 40min. Relato de fratura em m/c
clavícula e colo cervical.
Nega om, HAS e outros gatitos (\rightarrow IL)

A- VAS	Sinais de Obstrução: Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>)
B- Respiração	(<input checked="" type="checkbox"/>) Eupnélico (<input type="checkbox"/>) Dispnéico (<input type="checkbox"/>) Insf. Respiratória (<input type="checkbox"/>) Apnésia SaPO2: _____ Cianose: (<input type="checkbox"/>) Extremidade (<input type="checkbox"/>) Central
C- Circulação	Pulso Carotídeo: (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim (<input type="checkbox"/>) Não FC: _____ Perfusion Sanguínea: (<input checked="" type="checkbox"/>) Boa (<input type="checkbox"/>) Ruim
D- Neurológico	ECG: AO (<input checked="" type="checkbox"/>) RV (<input checked="" type="checkbox"/>) RM (<input checked="" type="checkbox"/>) TOTAL (<input checked="" type="checkbox"/>) Isocoria (<input type="checkbox"/>) Anisocoria Plegias / Parestesia: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não. Membro: _____
E- Sinais Vitais	PA: (<input checked="" type="checkbox"/>) 200 X 100 TAX: _____ FR: _____ P: (<input checked="" type="checkbox"/>) 94 Glicemia Capilar: _____ Escala da Dor (1— 10): (<input checked="" type="checkbox"/>) 5 / 10

Vermelho Amarelo Verde: A B Azul

ALAVES Documentos de uso Contínuo () Sim () Não. Qual(ais)? One page
02 JAN 2016 05 **Destino:** Cláudia *de Almeida*

Enfermeiro: Edson M. Buarque
SICOM-079 - BUEFT
COREN-PI 135533

Téc/ Aux. Enfermagem:

1.º M. Wilson S. de Assunção
1.º mestrado. Faculdade
da Psicologia e de Psiquiatria
Câmara de São Paulo



Fundação Municipal de Saúde

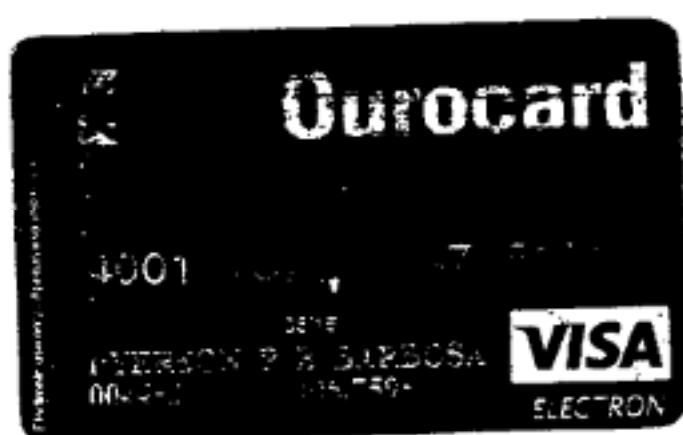
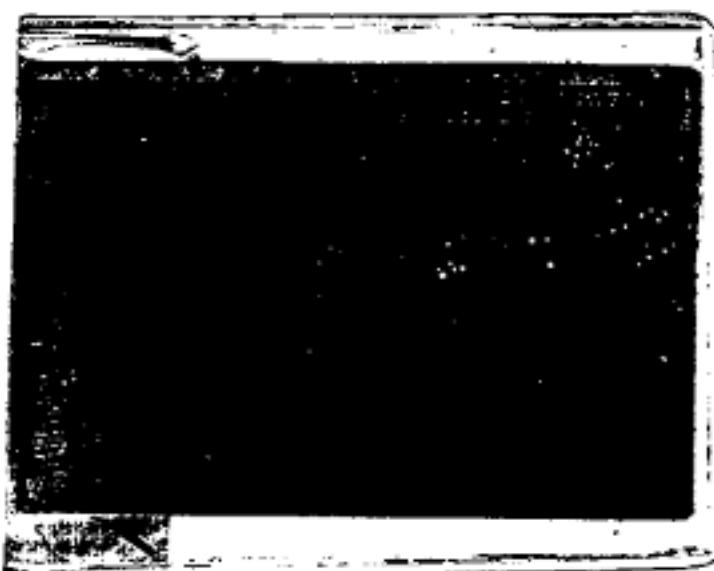
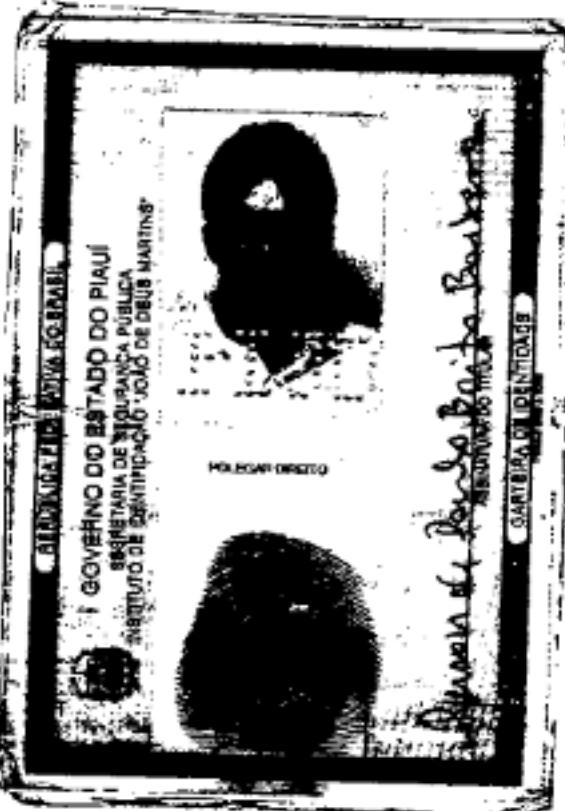
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
DR. ZENON ROCHA
REQUISIÇÃO DE EXAMES



NOME:		PRONTUÁRIO:	
Pyerson de Paulo Brito Barbosa		268840	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	DATA DE NASC.:
Prontuário: 268840 - PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA Nascim.: 18/12/1976 Id:36az8az22d CPF: Mae.: MARIA DA CRUZ BRITO BARBOSA Endereço: VIA ESTRUTURAL ARTERIAL - BELA VISTA - TERESINA-PI - 64000-010 CNS: 704106143704079		Req: 344752 - Atend: 326042-URG- Sol.: 09/08/2013 18:57 1) 439360 PERNA (0204060168)	
Mae em perna			
EXAMES:			
Rx de perna (E)			
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:		
28/08/13	Dr. Heyder Alves Leal  Oncologista Clínica CRM: 17.2026		
MOD 0034-HUT		SISTEMA LIDER PROJETO 00620	

27-02-2013 09:33 363145 1/1

ALAVES
02 JAN 2014 06



ALAVES

02 JAN 2016

07

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014009935	Cidade: Teresina	Natureza: Invalidez
Vítima: PYERSON DE PAULO BRITO BARBOSA	Data do acidente: 09/08/2013	Emissor do parecer: Janaina Cardoso Rodrigues dos Santos Araeas
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A	Prestadora: Visão Médica Ltda	CRM do médico: 88043-4

PARECER

Data da análise: 14/01/2014

Valorização do IML: 40,00

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA Perna ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / MI ESQUERDO: 50% DE 70%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: JULIANA WANIS

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00