

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: 20/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE REZENDE CUNHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000147088-7

Nr. da Autenticação 84A01F188F58895F

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190090378 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE REZENDE CUNHA **Data do acidente:** 14/03/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO MÉDICA ANEXADA, COM DATA DE 16/12/2018, EMITIDA PELO DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM No. (ILEGÍVEL)(PÁGINA 1).

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190090378

Nome do(a) Examinado(a): Maria de Rezende Cunha

Endereço do(a) Examinado(a): R Josefa V dos Santos, 691

Bananeiras Itabaiana SE CEP: 49501-630

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.563.239

Data local do acidente: [14/03/2018]

Data local do exame: [25/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE EPIFISE DISTAL DO RÁDIO E ULNA COM LUXAÇÃO RÁDIO ULNAR A DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS.

Complicações: BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO PUNHO DIREITO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS

Data da Alta: 16/03/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO E ANTEBRAÇO DIMINUIDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS (02) NUMULARES NA FACE MEDIAL E LATERAL DO PUNHO, LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATRÓFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL, DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 40°

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**

() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otálio Nascimento Júnior

Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827