

---

Rio de Janeiro, 11 de Maio de 2017

Carta nº: 10963831

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170248660 ASL-0166905/17

**Vitima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Data Acidente:** 19/07/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2017

Carta nº: 10976567

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Sinistro:** 3170248660 ASL-0166905/17  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA  
**Data Acidente:** 19/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 24 de Maio de 2017

Carta n°: 11028225

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

Sinistro: 3170248660 ASL-0166905/17  
Vitima: EDVALDO DE BRITO PEREIRA  
Data Acidente: 19/07/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000000727-7

Conta: 000001006237-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.750,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 100%) 50,00%

Valor a indenizar: 50,00% x 13.500,00 =	R\$	6.750,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2015

Carta nº: 8200038

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Sinistro:** 3150978726  
**Vitima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA  
**Data Acidente:** 19/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8248866

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Sinistro:** 3150978726  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA  
**Data Acidente:** 19/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8345797

A/C: EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Sinistro:** 3150978726  
**Vitima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA  
**Data Acidente:** 19/07/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Após análise dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que ainda não foram esgotados todos os recursos terapêuticos disponíveis para a recuperação da vítima. Não se tem, portanto, até o momento, e à vista da documentação apresentada, uma caracterização de sequelas definitivas que possam configurar invalidez permanente e, consequentemente, um valor a ser indenizado pelo Seguro DPVAT.

Para que se dê andamento ao processo de indenização é necessário, nos termos da legislação vigente, aguardar a alta médica do tratamento. A partir de então, caso existam sequelas definitivas e permanentes, a vítima deverá apresentar toda a documentação médica pertinente, emitida após o término do seu tratamento e sua alta definitiva, especialmente o Laudo do IML (Instituto Médico Legal), qualificando e quantificando as perdas funcionais irreversíveis.

Assim, por não haver ainda cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista o tratamento terapêutico não ter sido concluído, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170248660  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Cidade:** Viçosa do Ceará  
**Data do acidente:** 19/07/2015

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO FACIAL COM EXTENSA LESÃO FACIAL E FRATURAS DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE GRANDES DIFÍCULDADES PARA A MASTIGAÇÃO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA EXTENSA ÁREA DE FIBROSE CICATRICIAL EM HEMIFACE À ESQUERDA COM COMPROMETIMENTO PALPEBRAL E LABIAL, ASSIMETRIA FACIAL, LIMITAÇÃO A COMPLETA ABERTURA BUCAL, MÁ OCCLUSÃO DENTÁRIA E DIFÍCULDADES PARA A MASTIGAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM CIRURGIAS PLÁSTICAS E FIXAÇÃO DAS FRATURAS.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## 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>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

## PRESTADOR

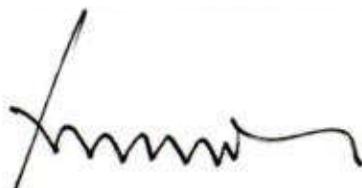
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170248660      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA      **Data do acidente:** 19/07/2015      **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA DE FACE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

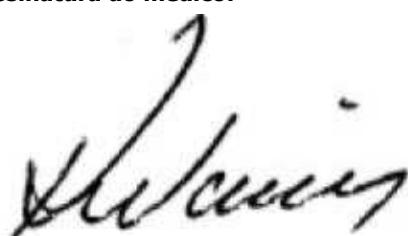
VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150978726      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA      **Data do acidente:** 19/07/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/12/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** fratura em face

**Resultados terapêuticos:** tratamento cirúrgico

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## 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
		Total	0 %	\$0.00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

**CRM do médico:** 52.90638-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170248660  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA

**Cidade:** Viçosa do Ceará  
**Data do acidente:** 19/07/2015

**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO FACIAL COM EXTESA LESÃO FACIAL E FRATURAS DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE GRANDES DIFÍCULDADES PARA A MASTIGAÇÃO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA EXTESA ÁREA DE FIBROSE CICATRICIAL EM HEMIFACE À ESQUERDA COM COMPROMETIMENTO PALPEBRAL E LABIAL, ASSIMETRIA FACIAL, LIMITAÇÃO A COMPLETA ABERTURA BUCAL, MÁ OCCLUSÃO DENTÁRIA E DIFÍCULDADES PARA A MASTIGAÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM CIRURGIAS PLÁSTICAS E FIXAÇÃO DAS FRATURAS.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Wellington Farias Melo Bezerra de M

**CRM do médico:** 10432

**UF do CRM do médico:** CE

## 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>
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
		<b>Total</b>	<b>50 %</b>	<b>R\$ 6.750,00</b>

## PRESTADOR

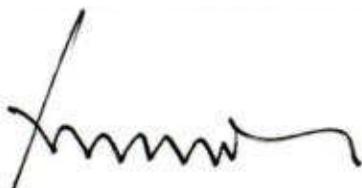
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150978726      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDVALDO DE BRITO PEREIRA      **Data do acidente:** 19/07/2015      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. LESÕES CORTO CONTUSAS EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E LÁBIO INFERIOR.

**Descrição do exame** PERICIANDO REFERE DIFICULDADE EM ABRIR A BOCA E FALAR. AO EXAME EVIDENCIAMOS CICATRIZES FRONTAIS  
**médico pericial:** E NA HEMIFACE ESQUERDA COM LIMITAÇÃO EM ABRIR A BOCA E DESVIO DE COMISSURA LABIAL ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADA SUTURA DOS FERIMENTOS E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A LESÃO DO ZIGOMÁTICO. EVOLUIU COM INFECÇÃO LOCAL, NECESSITANDO NOVA CIRURGIA COM DESBRIDAMENTO E ROTAÇÃO DE RETALHO CUTÂNEO. AGUARDA CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Em tratamento

**Data da perícia:** 17/12/2015

### Conduta mantida:

**Observações:** TC DE CRÂNIO: NORMAL Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias.

**Médico examinador:** Mário Luis Timbó Farias

**CRM do médico:** 9879

**UF do CRM do médico:** CE

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

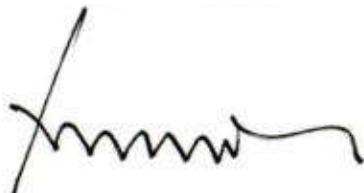
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIÁRIO/VÍTIMA

Nome: Edvaldo de Brito Pereira  
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro  
 Profissão: pescador  
 Identidade: 96028013004 CPF: 777.489.053-04  
 Endereço: 57. Juizinhos Bairro: Centro  
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

### PROCURADOR:

Nome: Antônio Fábio de Araújo  
 Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: divorciado  
 Profissão: autônomo  
 Identidade: 2001099079843 CPF: 006.892.523-90  
 Endereço: Tr. Lamartine Nogueira Bairro: São Francisco  
 Cidade: Vicosa do Ceará Estado: Ceará

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Edvaldo de Brito Pereira

Vicosa do Ceará, 10 de abril de 2017.  
Local e data

Edvaldo Brito Pereira  
Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(reconhecer firma por autenticidade)

10 ABR 2017

Dom Fé - Vicosa do Ceará - CE

VALDO NOGUEIRA - TABELIÃO  
Antônio Carneiro Vaz - Prost. - Escrivão Substituto  
João Edes Nogueira - Escrivão Autorizado  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Edvaldo Brito Pereira  
Seguradora

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **EDVALDO DE BRITO PEREIRA** Sinistro: **3150978726** Data: **19/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **sítio jurutianha - zona rural - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /CE ] 96028013004**

Data local do exame: **[ 17/12/2015 ] Sobral** [ **CE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE. FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. LESÕES CORTO CONTUSAS EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E LÁBIO INFERIOR. PERICIANDO REFERE DIFICULDADE EM ABRIR A BOCA E FALAR. AO EXAME EVIDENCIAMOS CICATRIZES FRONTAIS E NA HEMIFACE ESQUERDA COM LIMITAÇÃO EM ABRIR A BOCA E DESVIO DE COMISSURA LABIAL ESQUERDA.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**REALIZADA SUTURA DOS FERIMENTOS E TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A LESÃO DO ZIGOMÁTICO. EVOLUIU COM INFECÇÃO LOCAL, NECESSITANDO NOVA CIRURGIA COM DESBRIDAMENTO E ROTAÇÃO DE RETALHO CUTÂNEO. AGUARDA CIRURGIA BUCO MAXILO FACIAL.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ ] Sim [ **X** ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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 (\*).

( **X** ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 90 dias

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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

**TC DE CRÂNIO: NORMAL**



Mário Luis Timbó Farias - CRM: 9879 - CE

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **EDVALDO DE BRITO PEREIRA** Sinistro: **3170248660** Data: **19/07/2015**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO JURITIANHA, SN - RURAL - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /CE ] 96028013004**

Data local do exame: **[ 17/05/2017 ] Guaraciaba do Norte [ CE ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **TRAUMATISMO FACIAL COM EXTENSA LESÃO FACIAL E FRATURAS DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. VÍTIMA REFERE GRANDES DIFICULDADES PARA A MASTIGAÇÃO. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA EXTENSA ÁREA DE FIBROSE CICATRICAL EM HEMIFACE À ESQUERDA COM COMPROMETIMENTO PALPEBRAL E LABIAL, ASSIMETRIA FACIAL, LIMITAÇÃO A COMPLETA ABERTURA BUCAL, MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA E DIFICULDADES PARA A MASTIGAÇÃO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? **[ X ] Sim [ ] Não**

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? **[ X ] Sim [ ] Não**

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **TRATAMENTO CIRÚRGICO COM CIRURGIAS PLÁSTICAS E FIXAÇÃO DAS FRATURAS.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? **[ X ] Sim [ ] Não**

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Dano cranio facial**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

"Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas cranio faciais**

% 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

Total = "100% da IS"

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

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



Jose Wellington Farias Melo Bezerra de Menezes

CRM: 10432 - CE