

---

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2017

Carta nº: 10871721

A/C: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170216029 ASL-0145232/17

**Vitima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

**Data Acidente:** 17/12/2016

**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, 26 de Abril de 2017

Carta nº: 10885232

A/C: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170216029 ASL-0145232/17  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 17/12/2016  
**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, 05 de Maio de 2017

Carta nº: 10929009

A/C: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170216029 ASL-0145232/17  
**Vitima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 17/12/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

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, 06 de Novembro de 2017

Carta nº: 11909973

A/C: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

**Sinistro:** 3170573748 ASL-0412960/17  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO  
**Data Acidente:** 17/12/2016  
**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, 15 de Novembro de 2017

Carta n°: 11958312

A/C: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

Sinistro: 3170573748 ASL-0412960/17  
Vitima: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 17/12/2016  
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: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 237

Agência: 000005798-3

Conta: 000004576-4

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

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 residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170573748      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 17/12/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO NASAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DESVIO DE SEPTO,  
**médico pericial:** LACRIMEJAMENTO PERSISTENTE DO OLHO ESQUERDO E OBSTRUÇÃO NASAL CRÔNICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Dano crânio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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

**CRM do médico:** 10432

**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
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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</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:**



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, Antônio Lucinildo Silveira do Nascimento

PORTADOR(A) DO RG Nº 2001003206290

EXPEDIDO POR 55P-CE

EM 10/07/2002

CPF 430003370691 /CNPJ 0000000000000000. PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio Lucinildo Silveira do Nascimento. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A 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.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 57983 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 4576-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

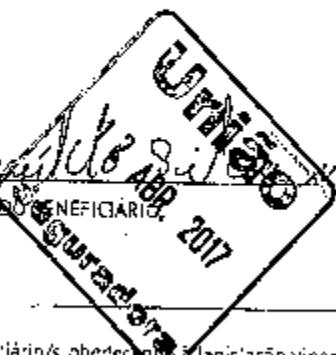
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Vicosa - 01 de março de 2017

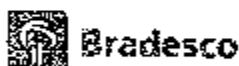
LOCAL E DATA

Antônio Lucinildo Silveira do Nascimento  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**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\$ 3.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetranito.com.br](http://www.dpvatsegurodetranito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Transferencia - 02 p/c

Data 09/01/2017 Hora 18:08 Term 039810  
N. trans 7319 Banco 237 Agencia 0727  
Conta 0002084-2 Valor

Favorecida:  
Banco 237  
Agencia 0790 / ESPERANTINA  
Conta 0004576-4

Titular: ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASC

Nome: ANTONIO FABIO DE ABREU  
Tipo/Conta: 03 Via/Cartao: 01

Chéque Expresso Bradesco.  
Sem talão de cheques em segundos  
Sem pedir nobreza...  
Sem esperar pelo correio

Alc Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Divisória - 0800 721 8833  
Atendimento de segunda à sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tente uma boa noite





**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): Antonio Ivanildo Silva do Nascimento  
Endereço do(a) Examinado(a): St Macajetuba, S/N  
Rural Viçosa do Ceará CE CEP: 62300-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2002002206290

Data local do exame: [ 02/05/2017 ] 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)

**TCE**

**SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS**

- 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 as 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.

**VÍTIMA DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA HOSPITALAR APRESENTANDO TCE COM EDEMA E HEMATOMA NO OLHO DIREITO E TRAUMA CONTUSO NO NARIZ. REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO ANALGÉSICA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. REFERE CEFALÉIA RESIDUAL. LACRIMEJAMENTO E LESÃO OCULAR, MAS NÃO APRESENTA EXAME E/OU LAUDO OFTALMOLÓGICO.**

Data da alta: JAN/2017

**TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. REFERE CEFALÉIA RESIDUAL. LACRIMEJAMENTO E LESÃO OCULAR**

**Complicações: SEM**

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível 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 (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(X) "Sem sequela permanente"

(NÃO EXISTEM LESÕES DIRETAMENTE DECORRENTES DE  
ACIDENTE DE TRÂNSITO QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE  
AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA  
TERAPÉUTICA)

( ) "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):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual    ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa    ( ) 100% completo

% do dano: ( ) 10% residual    ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa    ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual    ( ) 25% leve  
( ) 50% médio    ( ) 75% intensa    ( ) 100% completo

% 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.

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

Carimbo com Nome e CRM



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170573748      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO      **Data do acidente:** 17/12/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A -  
NASCIMENTO

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

**Data da análise:** 06/11/2017

**Valorização 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:** DANO SUPERESTIMADO

## 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:**

A handwritten signature in cursive script, appearing to read "Reginaldo Wanis".

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170216029      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 17/12/2016      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/04/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO( NARIZ)

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERICIA MEDICA

**Sequelas permanentes:**

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

**Observações:** AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NAO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

**CRM do médico:** 52.86271-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170573748      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO      **Data do acidente:** 17/12/2016      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ.

**Descrição do exame** VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO NASAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DESVIO DE SEPTO,  
**médico pericial:** LACRIMEJAMENTO PERSISTENTE DO OLHO ESQUERDO E OBSTRUÇÃO NASAL CRÔNICA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Dano crânio facial

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/11/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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

**CRM do médico:** 10432

**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
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 residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</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

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170216029      **Cidade:** Viçosa do Ceará      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO IVANILDO SILVA DO      **Data do acidente:** 17/12/2016      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A  
NASCIMENTO

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE.

**Descrição do exame médico pericial:** SEM ANORMALIDADES NEUROLÓGICAS DETECTÁVEIS.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO EXAMES COMPLEMENTARES, MEDICAÇÃO ANALGÉSICA. POSTERIORMENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR COM MEDICAÇÃO, REPOUSO, SEM FISIOTERAPIA. REFERE CEFALÉIA RESIDUAL. LACRIMEJAMENTO E LESÃO OCULAR, MAS NÃO APRESENTA EXAME E/OU LAUDO OFTALMOLÓGICO. SEM COMPLICAÇÕES.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 02/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Greive Freitas Cavalcante

**CRM do médico:** 9050

**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 %

## PRESTADOR

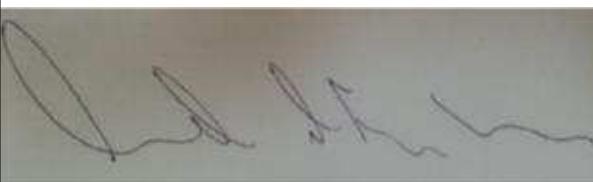
SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** LEONARDO NEVE

**CRM do médico:** 17742

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



**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): **ANTONIO IVANILDO SILVA DO NASCIMENTO** Sinistro: **3170573748** Data: **17/12/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO MACAJETUBA , SN - NC - Viçosa do Ceará - CE - CEP 62300000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /CE** ] **2002002206290**

Data local do exame: [ **08/11/2017** ] **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)  
**FRATURA DO OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ. VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE EM REGIÃO NASAL POR CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DESVIO DE SEPTO, LACRIMEJAMENTO PERSISTENTE DO OLHO ESQUERDO E OBSTRUÇÃO NASAL CRÔNICA.**

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 CONSERVADOR.**

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 crânio faciais**

% do dano: ( **X** ) 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

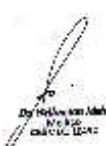
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve

(  ) 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.



Jose Wellington Farias Melo Bezerra de Menezes - CRM: 10432 - CE