



---

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2016

Carta nº: 9565314

A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Sinistro:** 3160499970 ASL-1022270/16  
**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE  
**Data Acidente:** 31/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**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:

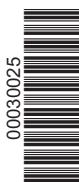
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- 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 MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





---

**Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2016**

**Carta n°: 9570413**

**A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Sinistro:** 3160499970 ASL-1022270/16  
**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE  
**Data Acidente:** 31/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **12/08/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2017

**Carta nº 10550753**

**a/c: RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Sinistro:** 3160499970 ASL-1022270/16  
**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE  
**Data Acidente:** 31/12/2015  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10662091

A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170139599 ASL-0092139/17**

**Vitima:**

**RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Data Acidente:**

**31/12/2015**

**Natureza:**

**INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **07/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência infor. incorretas

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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, 15 de Março de 2017

Carta nº: 10665075

A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170139599 ASL-0092139/17

**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Data Acidente:** 31/12/2015

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:**

**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 MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2017

Carta nº: 11335498

A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170139599 ASL-0092139/17**

**Vitima:**

**RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Data Acidente:**

**31/12/2015**

**Natureza:**

**INVALIDEZ**

**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **06/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **31/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **MBM SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo 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, 15 de Janeiro de 2018

**Aos Cuidados de: RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Nº Sinistro: 3170139599**  
**Vitima: RICARDO DA COSTA ANDRADE**  
**Data do Acidente: 31/12/2015**  
**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170139599**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12238057

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180160455

**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Data do Acidente:** 31/12/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180160455**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180160455

**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Data do Acidente:** 31/12/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180160455**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Sinistro:** 3180160455

**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Data do Acidente:** 31/12/2015

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180160455** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2018

Carta n°: 12879438

A/C: RICARDO DA COSTA ANDRADE

**Nº Sinistro:** 3180160455  
**Vitima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE  
**Data do Acidente:** 31/12/2015  
**Cobertura:** INVALIDEZ

**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: RICARDO DA COSTA ANDRADE**

**Valor: R\$ 5.737,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000002261**

**Conta: 000005502-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>5.737,50</b>

**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%

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

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos pés 50%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 50%) 12,50%

<b>Valor a indenizar:</b> 12,50% x 13.500,00 =	R\$	<b>1.687,50</b>
--	-----	-----------------

**Dano Pessoal:** Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

**Graduação:** Em grau completo 10%

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

<b>Valor a indenizar:</b> 10,00% x 13.500,00 =	R\$	<b>2.700,00</b>
--	-----	-----------------

**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**



# 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: 22/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.737,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DA COSTA ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02261

CONTA: 00000005502-3

---

Nr. da Autenticação 75798B19FEA65AEC

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160455      **Cidade:** Campo do Brito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE      **Data do acidente:** 31/12/2015      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO + FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA FACE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO E PARA AVALIAÇÃO DOS DEDOS AMPUTADOS E O NÍVEL DE AMPUTAÇÃO DOS MESMOS.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160455      **Cidade:** Campo do Brito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE      **Data do acidente:** 31/12/2015      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 18/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO + FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM AMPUTAÇÃO DO 4º E 5º DEDOS DO PÉ ESQUERDO E TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA FACE.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO APRESENTAR EXAMES DE IMAGEM (RADIOGRAFIAS DA INTERNAÇÃO E DO CONTROLE PÓS-CIRÚRGICO) COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO.

## 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

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** TALITA FONSECA MEDEIROS DA SILVA

**CRM do médico:** 52.90873-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170139599      **Cidade:** Campo do Brito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE      **Data do acidente:** 31/12/2015      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE  
SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/07/2017

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA DE PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** RELATÓRIO DE TRATAMENTO QUANTIFICANDO A SEQUELA

**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 PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160455      **Cidade:** Campo do Brito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE      **Data do acidente:** 31/12/2015      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR E PARESTESIA NA ARCADIA DENTÁRIA SUPERIOR. REFERE DOR NA HEMIFACE ESQUERDA, REFERE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM DEPRESSÃO NA REGIÃO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL. APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NO COTO DE AMPUTAÇÃO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS E DESVIO NO SENTIDO MEDIAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA PROJEÇÃO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS, EDEMA NO PÉ E BLOQUEIO ARTICULAR DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 31/12/2015 E RECEBEU ALTA NO DIA 02/01/2016. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO, CONFECÇÃO DE COTO CIRÚRGICO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS E REDUÇÃO INCRUENTA DAS FRATURAS DA FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º PODODÁCTILOS, ASSOCIADO A SUTURA DOS FERIMENTOS. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do pé esquerdo, Amputação do 4º pododáctilo esquerdo, Amputação do 5º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
<b>Total</b>			<b>42,5 %</b>	<b>R\$ 5.737,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oteло Corrêa dos Santos Filho'.

**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: **3180160455**

Nome do(a) Examinado(a): **RICARDO DA COSTA ANDRADE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**POVOADO GAMELEIRA Rua 06, S/N - CENTRO - Campo do Brito - SE - CEP 49520-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /SE** ] **2.200.743-1**

Data e local do acidente: [ **31/12/2015** ] **CAMPO DO BRITO/SE**

Data e local do exame: [ **16/05/2018** ] **Aracaju** [ **SE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.**

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

**PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 31/12/2015 E RECEBEU ALTA NO DIA 02/01/2016. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO, CONFECÇÃO DE COTO CIRÚRGICO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS E REDUÇÃO INCRUENTA DAS FRATURAS DA FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º PODODÁCTILOS, ASSOCIADO A SUTURA DOS FERIMENTOS. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.**

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

**VÍTIMA REFERE DOR E PARESTESIA NA ARCADAS DENTÁRIAS SUPERIOR. REFERE DOR NA HEMIFACE ESQUERDA, REFERE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM DEPRESSÃO NA REGIÃO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL. APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NO COTO DE AMPUTAÇÃO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS E DESVIO NO SENTIDO MEDIAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA PROJEÇÃO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS, EDEMA NO PÉ E BLOQUEIO ARTICULAR DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Dano cranio facial, Limitação funcional do pé esquerdo, Amputação do 4º pododáctilo esquerdo, Amputação do 5º pododáctilo esquerdo**

**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 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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas crânio faciais**

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

Região Corporal (Sequela):

**4º pododáctilo esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

**Pé esquerdo**

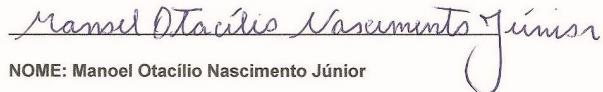
% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

**5º pododáctilo esquerdo**

% 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  
a valoração do dano corporal.



NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacílio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180160455      **Cidade:** Campo do Brito      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RICARDO DA COSTA ANDRADE      **Data do acidente:** 31/12/2015      **Seguradora:** ICATU SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO. AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. FRATURA EXPOSTA DA FALANGE PROXIMAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR E PARESTESIA NA ARCADIA DENTÁRIA SUPERIOR. REFERE DOR NA HEMIFACE ESQUERDA, REFERE DOR NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR. AO EXAME FÍSICO, FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM DEPRESSÃO NA REGIÃO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO, CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR E RESTRIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE ORAL. APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NO COTO DE AMPUTAÇÃO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS ESQUERDOS E DESVIO NO SENTIDO MEDIAL DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA PROJEÇÃO DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS, EDEMA NO PÉ E BLOQUEIO ARTICULAR DOS 2º E 3º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 31/12/2015 E RECEBEU ALTA NO DIA 02/01/2016. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO, CONFECÇÃO DE COTO CIRÚRGICO DOS 4º E 5º PODODÁCTILOS E REDUÇÃO INCRUENTA DAS FRATURAS DA FALANGE PROXIMAL DO 2º E 3º PODODÁCTILOS, ASSOCIADO A SUTURA DOS FERIMENTOS. EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do pé esquerdo, Amputação do 4º pododáctilo esquerdo, Amputação do 5º pododáctilo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 16/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacilio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	20%	R\$ 2.700,00
<b>Total</b>			<b>42,5 %</b>	<b>R\$ 5.737,50</b>

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Oteло Corrêa dos Santos Filho'.