

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 01/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 04 E 05.  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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
Total			10 %	R\$ 1.350,00

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Maria Aparecida de Oliveira Bezerra,  
Brasileira, Solteira, do lar  
portador(a) do RG nº 002.428.383, inscrito(a) no CPF sob o número  
080.311.234-38, residente e domiciliado(a) na Rua/Av.  
Rua Dr. Joaquim Inácio de Carvalho nº 42  
Bairro: Vententes

**OUTORGADO:** **ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**, brasileiro, solteiro,  
advogado, inscrito na OAB/RN sob o número 13.244 e no CPF sob o número  
054.149.804-54 com endereço profissional na Rua Roderick Grandall, 20, Centro,  
Mossoró/RN, CEP: 59610-240.

**PODERES:** O Outorgante concede poderes especiais ao Outorgado para enviar  
documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone,  
ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e  
acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a  
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Mossoró/RN, 11 de fevereiro de 2019.



Maria Aparecida de Oliveira Bezerra  
**OUTORGANTE**



CARTÓRIO DO PRIMEIRO OFÍCIO  
(Cartório Privilegiado)  
RECONHEÇO (por autenticação) (assinatura)  
Firma(s) ( ) Supra ( ) Infra ( ) Retra ( ) A car-  
rega de Maria Aparecida de Oliveira Bezerra  
Aldenor Nunes de Oliveira Neto Em  
Número de 0 Indicação(s) pelo 1º Cartório em  
mau uso: Oculfe. **11 FEV. 2019**  
ASSU (RN), \_\_\_\_\_ de verificação.  
Em testemunho de Aldenor Nunes de Oliveira Neto  
Escrevente Autorizada

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074046/19

**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERR

**CPF:** 080.311.234-38

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 31/12/2018

**Titular do CPF:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO : 054.149.804-54

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA : 080.311.234-38

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/02/2019  
Nome: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO  
CPF: 054.149.804-54

ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019  
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA  
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074046/19

**Número do Sinistro:** 3190177741

**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERR

**CPF:** 080.311.234-38

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 31/12/2018

**Titular do CPF:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019  
Nome: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO  
CPF: 054.149.804-54

ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019  
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA  
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

---

**Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190177741**

**Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

**Data do Acidente: 31/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190177741**

**Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

**Data do Acidente: 31/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190177741**                      **Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA**

**Data do Acidente: 31/12/2018**                      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO**

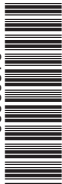
**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177741

Vítima: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALDENOR NUNES DE OLIVEIRA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000000756

Conta: 0000058484-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nome completo da vítima: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Maria Aparecida de Oliveira Bezerra CPF: 080.311.234-38

Profissão: Vertentes Endereço: Rua Doutor Joaquim Inácio de Carvalho Filho Número: 42 Complemento:

Bairro: Vertentes Cidade: Araçá Estado: RN CEP: 59.650-000

E-mail: aldenemetasado@gmail.com Tel.(DDD): (84) 988893774

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Navi (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0756 CONTA: 00058484 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Falecidos:  Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Mossoró 27/02/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria Aparecida de Oliveira Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:  CPF:

Assinatura:

2ª Nome:  CPF:

Assinatura:

PROTOCOLADO  
RECEBIDO  
78 FEB 2019  
PREFEITO DO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PROTOCOLO  
RECEBIDO  
28 FEV. 2013  
TERAPIA DO SOL ADRI  
VIA DE ACESSO 100-0005



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE MACAU  
Rua Dr. Abelardo de Melo, s/n Valadão - Macau/RN, CEP 59500-000, TELEFAX 3521-6475.

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 139 /2019

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO / SEGURO DPPVAT	
Local: AV. ANGELO VARELA / ALTO DO RODRIGUES / RN	
Data do Fato: 31 / 12 / 2018	Horário: 17:00h
COMUNICANTE: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA	
Filiação: ANTONIO BEZERRA GALVAO e MARIA DA CONCEICAO OLIVEIRA	Fone: 84 9.9873.3636
Naturalidade: ASSU/RN	Nacionalidade: BRAS.
Nascido: 12 / 03 / 1989	Idade: 29 Anos
Endereço: RUA Dr. JOAQUIM INACIO DE CARVALHO FILHO 42 VERTENTES - ASSU / RN	RG: 2.428.383 CPF 080.311.234-38
Estado Civil: SOLTEIRA	Profissão: ATENDENTE
VITIMA: A COMUNICANTE	Fone:
Filiação:	Nacionalidade: BRAS.
Naturalidade:	RG:
Nascido em:	Idade: ANOS
Endereço:	Profissão:
Estado Civil:	Fone:
ACUSADO: XZXZXZXZ	Nacionalidade: BRAS.
Filiação:	RG:
Naturalidade:	Profissão:
Nascido em:	Idade: ANOS
Endereço: RUA:	Fone:
Estado Civil:	Nacionalidade: BRAS.
	RG:
	Profissão:

**HISTÓRICO**

COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL A COMUNICANTE OCASIAO NA QUAL RELATOU QUE NA DATA ACIMA CITADA PILOTAVA A MOTO HONDA BIZ 125 KS PLACA MYK 8962 NA AV. ANGELO VARELO NA CIDADE DO ALTO DO RODRIGUES, QUE COLIDIU FRONTALMENTE CONTRA OUTRO MOTOQUEIRO QUE PILOTAVA UMA MOTO HONDA, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULANCIA DO HOSPITAL MATERNIDADE MARIA RODRIGUES DE MELO / MUNICIPIO ALTO DO RODRIGUES-RN ONDE DEU ENTRADA AS 17:32 HORAS

DADOS DO VEICULO: HONDA BIZ 125 KS - PLACA MYK 8962 - RENAVAL 00951175700 - CHASSI 9C2JA0410BR025717 ANO/MOD 07/08 - PROPRIETARIO KALIANE PEREIRA DE SOUSA.

As informações são de inteira responsabilidade do comunicante.

Registrado em: 08 /02/2019	Hora: 11:40h
<i>Maria Aparecida de Oliveira Bezerra</i> Assinatura do Comunicante	<i>Jose Wilson Dantas da Silva</i> Servidor e Matrícula 132766-1



José Wilson Dantas da Silva  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 122.766-1

# 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: 12/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

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

CLIENTE: MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00756

CONTA: 000000058484-6

---

Nr. da Autenticação 8027602815C2ACBE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

010616910271  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 00951175700 / 2014

NOME: KATIANE FERREIRA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 082.784.384-47 / 9027A091009025717

PLACA: MTX8982

CHASSI: 9027A091009025717

ESPECÍFICO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/VAO APRECIÁVEL / COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/822.125 RS / ANO FAB: 2007 / ANO MOD: 2009

CAP/POV/CIL: 000/124 CILINDRADAS / CATEGORIA: PARTICULARES / COR PREDOMINANTE: CINZA

COTA ÚNICA: R\$ 0,00 / VENC. COTA ÚNICA: 21/05/2014 / 1º PAGO

FAIXA: R\$ 0,00 / PARCELAMENTO: R\$ 0,00 / 2º PAGO

PREMIO TARIFARIO (R\$): \*\*\* TAXAS DETRAN: PAGO / PREMIO TOTAL (R\$): DPVAT: PAGO / DATA DE PAGAMENTO: 21/05/2014

OBSERVAÇÕES: MOTOR: 9027A091009025717

ASSINATURA: [Assinatura]

DATA: 21/05/2014

ABST/BN: [Assinatura]

RN Nº 010616910271 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2014 / DATA EMISSÃO: 21/05/2014

VIA: 00951175700 / PLACA: MTX8982

RENAVAM: 00951175700 / MARCA/MODELO: HONDA/822.125 RS

ANO FAB: 2007 / SAT: 9 / Nº CHASSI: 9027A091009025717

PREMIO TARIFARIO

FIN (R\$): / DENATRAM (R\$): / CUSTO DO SEGURO (R\$):

CUSTO DO BILHETE (R\$): / COTA ÚNICA: / PARCELADO: / DATA DE QUITAÇÃO:

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

PROTOCOLO RECEBIDO  
26 FEV. 2013  
TERMO DE SOLICITAÇÃO  
DO SEGURO DPVAT

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE, À DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO TOQUE NA MAXILA DIREITA, COM EDEMA E DEFORMIDADE NA HEMIFACE DIREITA, DIFICULDADE A MASTIGAÇÃO E PARESTESIAS NA REFERIDA REGIÃO.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OLHO DIREITO E A MASTIGAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/04/2019

**Conduta mantida:**

**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
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS NO TERÇO MÉDIO DA FACE, À DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DOR AO TOQUE NA MAXILA DIREITA, COM EDEMA E DEFORMIDADE NA HEMIFACE DIREITA, DIFICULDADE A MASTIGAÇÃO E PARESTESIAS NA REFERIDA REGIÃO.

**Resultados terapêuticos:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO OLHO DIREITO E A MASTIGAÇÃO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/04/2019

**Conduta mantida:**

**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
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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190177741 **Cidade:** Macau **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA APARECIDA DE OLIVEIRA BEZERRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA FACE.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINAS 04 E 05.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

## 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>