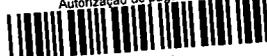




Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



00147 - SEGURO DPVAT

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, Edmilson Lopes CabralPORTADOR(A) DO RG Nº 19.28.729 EXPEDIDO POR SSP/RN EM 14/02/1988CPF 00000000000-00 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Receio

E RENDA MENSAL DE R\$ Reais (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edmilson Lopes Cabral, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com impressão digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão CENTAURO com informação V'D'A E PREVIDÊNCIA S/A.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta em empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0761 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 48038-0

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

Assú/RN , 07 de Novembro de 2014 + Edmilson Lopes cabral

LOCAL E DATA

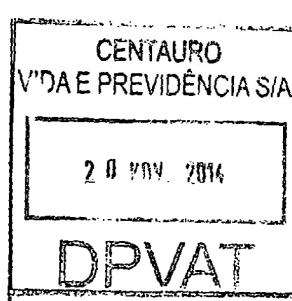
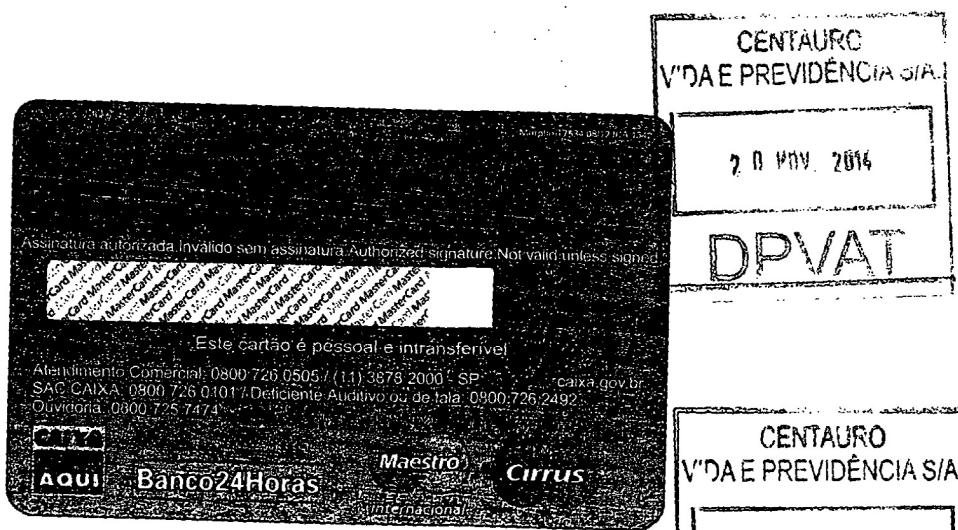
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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 CARNAUBAIS  
Av. Inácio Dias de Lacerda, s/n, Valdemar Campelo, Carnaubais/RN.



673496

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 162/2014.2

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO

Local: Rua: Estrada de Ilha de Santana

Data do Fato: 13/09/12

Horário: 17h57m aproximadamente

**COMUNICANTE : EDMILSON LOPES CABRAL**

0418197689432

Filiação: Antônio Jerônimo Cabral e Maria Lopes Cabral

Naturalidade: Macau / RN

Nacionalidade: BRAS.

Nascido em: 14/05/1980

Idade: 34 anos

Doc. RG: 1.928.727 SSP/ RN

Endereço: RUA: Frei Miguelino nº 510

Estado Civil: casado

Profissão: isolador

**VÍTIMA: O COMUNICANTE :**

Fone:

Filiação:

Naturalidade: Macau- RN

Nacionalidade: BRAS:

Nascido em:

Idade:

Doc. Certidão:

Endereço:

Estado Civil:

Profissão:

**ACUSADO: PREJUDICADO :**

Fone:

Filiação:

Naturalidade:

Nacionalidade:

Endereço:

Nascido em:

Idade:

Doc.

Estado Civil:

Profissão:

### HISTÓRICO

A vítima compareceu a esta delegacia de polícia para informar que no dia e hora supracitados, Que; a vítima vinha da Ilha de Santana, em uma motocicleta tipo: YAMAHA DE COR PRETA, ANO 2011 / MOD 2011. PLACA: NNO 9034 /RN, CHASSI: 9C6KE1500B0025137, RENAVAN: 333692772, EM NOME DE EDMILSON LOPES CABRAL com destino a Macau, Quando perdeu o controle da moto em uma curva, a vítima se desequilibrou e caiu, foi socorrida por populares para o hospital municipal Antônio Ferraz da cidade de Macau/RN, onde recebeu os cuidados médicos da dra.Crysddallyanne M.L.Freitas CRM/RN 6908. Que; a vítima teve escoriações pelo corpo e reclamava de dor na região da cabeça de acordo com ficha de atendimento de nº 75, que a Nada mais disse sendo responsável pelas declarações prestadas.

Testemunha:

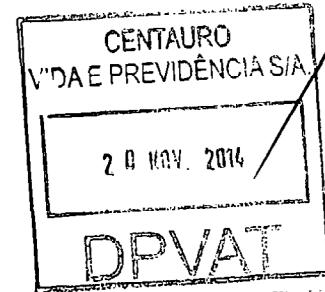
Endereço:

Registrado em: 31/10/14

Horário: 11h:51m

*Edmilson Lopes Cabral*  
Assinatura do Comunicante

Servidor público



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Edmilson Lopes Lopes, portador da carteira de identidade nº 1928727 e inscrito no CPF/MF sob o nº 037.966.154-30, residente e domiciliado na Rua Frei Miguelinho 510 En-02, Cidade Mossoró, Estado RN, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

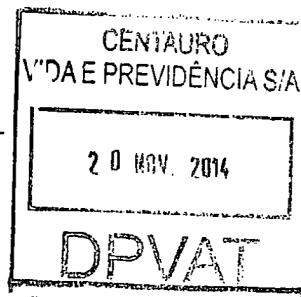
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Edmilson Lopes Lopes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Arsu/RN, 31/10/14

Local e data





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL ANTONIO FERRAZ  
AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3521-1418

Documentação médico Hospitalar  
00004  
MACAU  
Município de Macau

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Edmilson 10 Pez corral		
ENDERECO:	R: Frei Miguelino 510	IDADE:	32 anos
DATA DE ATENDIMENTO:	13/10/11	SEXO:	
NATURALIDADE:		RG:	9928727
CARTÃO SUS:		CPF:	
NOME DO RECEPCIONISTA:	Eduardo	HORÁRIO ENTRADA	17:57

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:		
PA:	TEMPERATURA:	PESO:
QUEIXA PRINCIPAL Aiorante de metro com dor no peito, forte e generalizado ele dolor, em região do esterno.		

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ( ) CIRURGIA ( )  
DM ( ) FRATURAS ( )  
TP ( ) EPILEPSIA ( )  
ITV ( ) DSTs ( )

HISTÓRICO FAMILIAR

HAS ( ) EPILEPSIA ( )  
DM ( ) CA ( )  
TP ( ) TABAGISTA ( )

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

NOME DO ENFERMEIRO \_\_\_\_\_

CONSULTA MÉDICA  
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Trauma contundente na face

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Impresso e unguim  
enxaqueca local  
compressão compresivo  
Andorinha impresso 5cc + 15cc 400ml de leite

*14/10/2011  
Oftalmologista*

OUTRAS OBSERVAÇÕES MÉDICAS

Dra. Crisidellinne M. L. Freitas  
Médica  
CRM/RN 6908

Dra. Crisidellinne M. L. Freitas  
CRM/RN 6908

CENTAUR  
VDAE PREVIDÊNCIA S/A.

24 NOV. 2011

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

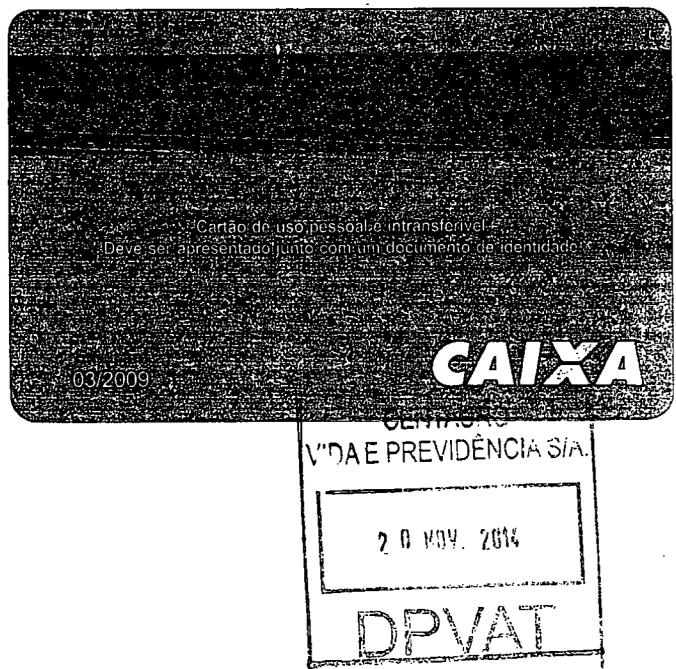
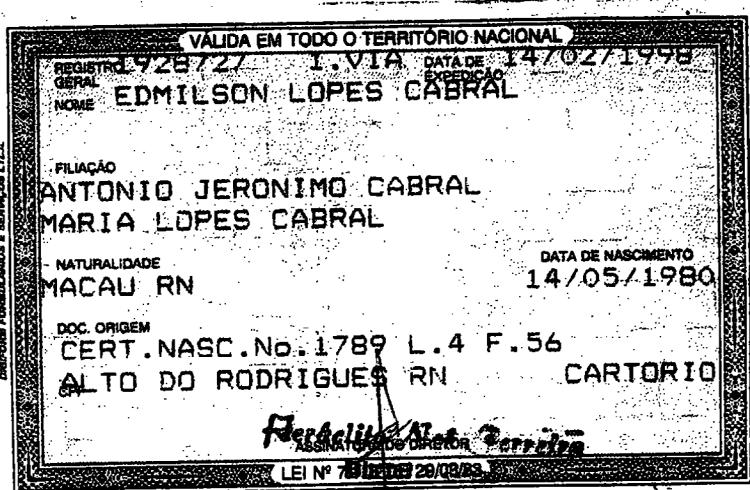
PACIENTE LIBERADO ÀS \_\_\_\_\_ : DATA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DPVAT

SG 5% 500ml  
Complexo B 2cc  
Vit. C 2cc

Ev. abd.  
Cec. lobs.  
gildiane

Dra. Crystalliane M. L. Freitas  
Médica  
CRM/RN-6908





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS, TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

DETRAN - RN  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO  
Nº 48747-0002

Nº 9797457678

RN Nº 9797457678 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 CÓD. RENAVAM 333692772 DATA EMISSÃO 2012 EXERCÍCIO 2012

EDMILSON LOPES CARVALHO

NOME

CPF / CNPJ

PLACA  
RNH0434

EXERCÍCIO  
2012

PLACA ANT / IP	037.966.154-30	CHASSI	RNH0434
----------------	----------------	--------	---------

SPECIE / TECNOLOGIA / ANO / KM	0064150000025137	COMBUSTÍVEL	ESELINA
--------------------------------	------------------	-------------	---------

MARCA / MODELO	YAMAHA/FACTOR YBR125 ED	CATEGORIA	PARTICULAR
----------------	-------------------------	-----------	------------

CAP. HGT / CL.	OCV/A/24 CLINDRADAS	COR PREDOMINANTE	PRETA
----------------	---------------------	------------------	-------

1 R\$	0	VENO / COTA UNICA	1º PAGTO
P V A	96423X	PARCELAMENTO / COTAS	2º PAGTO 3º PAGTO

FAXA / PVA.	12/07/2012	VENO / COTAS	1º PAGTO
-------------	------------	--------------	----------

PRÉMIO TARIFÁRIO	9764150000025137
------------------	------------------

CUSTO DO BILHETE (R\$)	10F (R\$)
TOTAL SEM PREÇO DO SEGURO (R\$)	10F (R\$)

PAGAMENTO	12/07/2012
-----------	------------

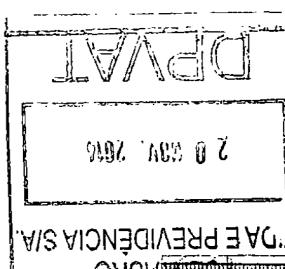
Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A  
CNPJ: 09.248.608/0001-04

CONTRAN

EXPEDIDOR

2008

AUDIO





## Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 673496

Na forma do disposto, na resolução Nº 01/75 do Conselho de Seguros Privados e Capitalização - CNSP - levo ao conhecimento desta companhia a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

<b>Tipo de Veículo</b> 09-Ciclomotor/Motoneta/Motocicleta/Triciclo		<b>Placa</b> NNO-9034/RN	
<b>Nome da Vítima</b> EDMILSON LOPES CABRAL		<b>Natureza</b> 2 - INVALIDEZ	
<b>Tipo Sinistrado</b> 3 - Motorista	<b>Data Nascimento</b> 14/05/1980	<b>Tipo de CPF</b> 0 - Possui CPF	<b>CPF da Vítima</b> 037.966.154-30
			<b>Data Ocorrência</b> 13/09/2012

Em cumprimento ao item 10 da resolução Nº 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos.:

- ( ) Certidão Nº 162/2014.2 da autoridade policial sobre a ocorrência;  
 ( ) DUT Nº \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) RG e CPF do Sinistrado ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 ( ) RG e CPF do(s) Beneficiário(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

**Beneficiários**

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
EDMILSON LOPES CABRAL	Vítima	VITIMA	14/05/1980	59500-000	037.966.154-30

Declaramos ter recebido a via original do presente Aviso do Sinistro, com todos os documentos assinalados com (X).  
 Observações.:

Nota.: Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro, ainda que tenha havido diversas no mesmo acidente em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ CENTAURO

Local da Entrega \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

Beneficiário \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
20 NOV. 2014Centauro Vida e Previdência  
**DPVAT**

## Atenção :

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Lider, gerado o número Megadata.

R: NILO CAIRO, 171  
 CENTRO – Cep: 80060-050

Tel.: (41) 3021-4485 Fax: (41) 3232-2773

site: <http://www.centauro-on.com.br> e-mail: [dpvat-pr@centauro-on.com.br](mailto:dpvat-pr@centauro-on.com.br)

CURITIBA - PR



---

Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2014

Carta nº: 5762244

A/C: EDMILSON LOPES CABRAL

**Sinistro:** 3140050863  
**Vitima:** EDMILSON LOPES CABRAL  
**Data Acidente:** 13/09/2012  
**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 CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5835103

A/C: EDMILSON LOPES CABRAL

**Sinistro:** 3140050863  
**Vítima:** EDMILSON LOPES CABRAL  
**Data Acidente:** 13/09/2012  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

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.

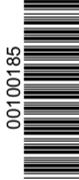
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**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, 30 de Dezembro de 2014

Carta n°: 6013835

A/C: EDMILSON LOPES CABRAL

Sinistro: 3140050863  
Vitima: EDMILSON LOPES CABRAL  
Data Acidente: 13/09/2012  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

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: EDMILSON LOPES CABRAL

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000761

Conta: 0000048038-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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: 19/12/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

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

CLIENTE: EDMILSON LOPES CABRAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000048038-0

---

Nr. da Autenticação CCE7EC90472E0F52

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140050863      **Cidade:** Carnaubais      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON LOPEZ CABRAL      **Data do acidente:** 13/09/2012      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 03/12/2014

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA CORTO CONTUSO DE CABEÇA E ESCORIAÇÕES

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

## 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

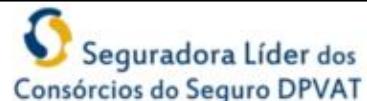
**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3140050863      **Cidade:** Carnaubais      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDMILSON LOPEZ CABRAL      **Data do acidente:** 13/09/2012      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOCEFÁLICO. TRAUMA LOMBAR. .

**Descrição do exame** REFERE CEFALÉIA, VERTIGEM E DÉFICIT DE MEMÓRIA.  
**médico pericial:**

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUTURA DAS LESÕES.

**Sequelas permanentes:** DANO NEUROLÓGICO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 15/12/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Allan Claudio Assuno

**CRM do médico:** 5494

**UF do CRM do médico:** RN

## 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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	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:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**