

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/11/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 9.281,25

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

CLIENTE: WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00283-6

CONTA: 00000613466-1

---

Nr. Autenticação

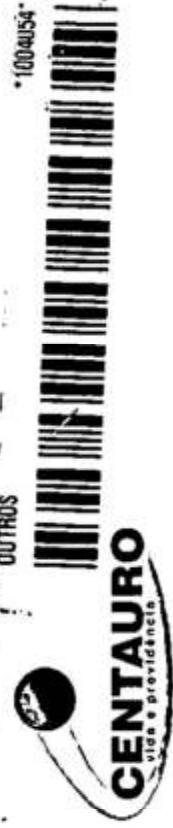
BRADESCO11112013050000000002370028300000613466928125 PAGO

๑๗๙



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DAS CIDADES			
DETAN-PE		Nº 010102204200	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA 1	COD. RENAVAM 79895.4930	RNTIC *****	EXERCICIO 2013
NOME WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA			
MUNICIPIO CHA GRANDE-PE			
CPF/CNPJ 072.118.474-09		PLACA KLC1852	
PLACA ANT/UF *****		CHASSI 9C2MC35003R111616	
ESPÉCIE TIPO PAS MOTOCICLETA/-		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA/MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER		ANO FAB 2003	ANO MOD 2003
CAP/POT/CIL 2P/249CL		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE VERDE
COTA ÚNICA IPVA 2013 QUITADO		VENC. COTA UNICA *****	VENC./COTAS 1º ***** 2º ***** 3º *****
FAIXA IPVA A 1		PARCELAMENTO/COTAS *****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURADO PAGO		IOF (R\$) -	PRÉMIO TOTAL (R\$) -
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA <i>Assinatura de desafetado</i>			
LOCAL CHA GRANDE-PE		DATA 17/07/13	
Assinatura de Maria de Fátima Bezerra R. Costa Diretora Presidente DETAN-PE			

PE N° 010102204206		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
		EXERCÍCIO 2012	
CPF / CNPJ 072.118.474-09		PLACA KLC1852	
<p>WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA CHA GRANDE - PE</p>			
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
PE N° 010102204206		EXERCÍCIO 2013	DATA EMISSÃO 17/07/13
VIA	CPF / CNPJ 072.118.474-09	PLACA KLC1852	
RENAVAM 798954930	MARCA / MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER		
ANO/FAB 2003	CAT TARIF. 09	Nº CHASSI 9C2MC35002R111616	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGUROADO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	100/00	
<p>Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A</p>			
CNPJ: 09.248.608/0601-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.			
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO			



Aviso de Sinistro DPVAT

Código: 531203

**Na forma do disposto, na resolução N° 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 Véiculo</b>	Placa KLC-1852/PE		
<b>Nome da Vítima</b>	Natureza 2 - INVALIDEZ		
<b>WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA</b>			
<b>Tipo Sinistrado</b>	<b>Data Nascimento</b>	<b>Tipo de CPF</b>	<b>Data Ocorrência</b>
3 - Motorista	27/06/1985	0 - Possui CPF	072.118.474-09 22/07/2012

**Em cumprimento ao item 10 da resolução N° 01/75 do CNSP, junto ao presente aviso de sinistro os seguintes documentos:**

- DUT Nº \_\_\_\_\_  
 RG e CPF do Sinistrado  
 RG e CPF do(s) Beneficiário(s)

## Beneficiários

Nome	Tipo Benef.	Vínculo	Dt.Nasc.	CEP	CPF/CNPJ
WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE	Vilíma	VITIMA	27/06/1985	55636-000	072.118.474-09

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

em 2(duas) vias, permanecendo uma em poder do beneficiário, a título de protocolo de recebimento dos documentos.

Local do Aviso

Local da Entrega

## **Beneficiários**

Capítulo Vida e Previdência

PREV.  
10.001.2013  
B2

**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: SENADOR DANTAS , 80 , SL 806 A 808

Centro - Cep: 200031-922

Tel.: (21) 22240-0401 Fax: (21) 22220-1402

site: <http://www.centrauroseg.com.br> e-mail: dpy  
BIO DE IANEIRO - BI





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO 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, X LÍDER DPVAT, D<sup>o</sup> WILSON GOMES DA QUILHÔA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 056.023.70154 EXPEDIDO POR DETRAN - PE EM 26/09/14 E

CPF 037.211.847-09 /CNPJ 00000000000000000000. PROFISSÃO ARQUITETO

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WILSON QUILHÔA. AQUI, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAS<sup>O</sup> 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:**

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- \* Conta salário e/ou benefício;
- \* Conta pessoa jurídica;
- \* Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- \* Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- \* Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- \* Conta Poupança operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$200,00;
- \* Conta bloquada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CREDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITA CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
BANCO 237 • AGÊNCIA 0283 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 0613466-1

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

CREDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA

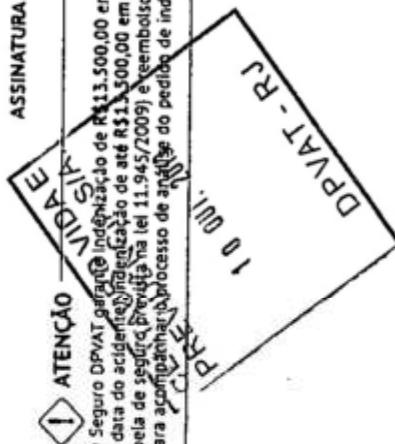
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Chácara Pe DATA 08/08/13

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) WILLIAMS WILSON QUILHÔA ORIGINA

**! 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\$1.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguros 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.



CHAPITRE DE SPAIN

لئے یوں  
اپنے  
لئے  
کریں

Suprador: 0000198

1, da 03/10/2013 Hora de Brasília: 11:42

Extrato de Conta Corrente

LIVRO DE REGISTRO DE GUERRE A DE OLIVE 11 - 938  
REGISTRO DE CASOS CLÍNICOS - 01/07/2013

L'ESPRESSO

	DIS. AMEST.	DIS. AMEST.
DIS. AMEST. (C.C. - PDP)	0.42	0.42
TOTAL DISAMEST. ....	0.21	0.21
TOTAL DISAMEST. ....	0.63	0.63

ESTOCOM SANTA FE 141

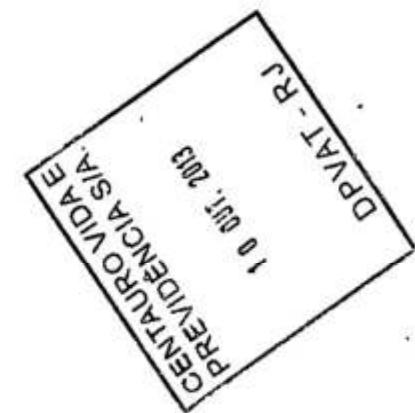
SALDO	0.00
DEP DINHEIRO 01/02/2006	210.00
O Proprio Favreccio	
MERCI CRED PESS 3490273	203.44
TARIFA BANCARIA 01/02/2013	6.14
CUSTO DEPESSES 2	
SPM OUTRA	0.00

DEMONSTRATIVO DE SEUS E SEUS E

DIA DO ANIVERSÁRIO	SEU ID	RENDIMENTOS
13	0.00	0.00
17	0.00	0.00
31	0.00	0.00

JOURNAL.....

Fy. Bradesco : 203 - GRANJA-PE  
Intesp. Banc.: 008 - FRANCIA BARRERA DO





31302

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA RUA, CIRCONSCRICO

**DELEGACIA DE  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 13 E 0157000529LICIA DE CHÁ GRAND  
67º CIRCUNSCRIÇÃO**

Conselho de Desenvolvimento Sustentável do Rio de Janeiro - CDES/CDRJ - dia 05/06/2013

ACIDENTE DE TRANSITO COM VILMA MAO FALTA - Custo do Consumo (Consumado) que se encontra no dia-22/7/2013 14:07:00

**GRANDE SENTIDO CHA GRANDEGRAVATA - BIRITIC ZONA RURAL - MUNICIPIO CHA GRANDE -**

THE JOURNAL OF CLIMATE VOL. 17, NO. 10, OCTOBER 2004

THE HISTORY OF THE AMERICAN PEOPLE

卷之三

**GRANDES ESTADISTAS DA ECONOMIA**  
**MERCADO**: (versão da questão da economia). Apesar de terem sido presentes (não se sabe) na  
VII JORNADA, WILHELM GUILHERME

Qualificare le classi di persone che si trovano in (s)

卷之三

DNA plasmids

NA DATA E LOCAL DO FATO ACIMA MENCIONADOS, MOMENTO QUE COLIDIU COM UM CACHORRO QUE ATACAVA OS  
MOSQUITOS, NA FRENTE DO SEU VÉHICULO, DEVIDO A COLISÃO EM TELA A VÍTIMA FORA SOCORRIDA PARA O  
HOSPITAL LOCAL DESSA CIDADE POR UMA AMBULÂNCIA E DEPOIS TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO  
EM RECIFE. OUTROSSEM, A VÍTIMA DECLAROU QUE SOFREU AS SEGUINTE LEDES PROVIMENTES DO ACIDENTE:  
ESCORRIGÓES EM TODO O CORPO, CIRURGIA DE COLUNA TDEM PRÓTESE (PLATINA) PÁRIA MÉRICA DE DISCO, TRAUMA DE  
FACE EM REGIÃO MENTORIANA, CONTUSÃO DE REGIÃO FRONTAL E AFUNDAMENTO FRONTAL.

*ALFESSON HERMÉ ALBUQUERQUE DCE CLICERA*

A. အရှင်အမြတ် ၁၇၈၂(၃) ရက် ၁၉၅၀(၃) ရက် ၁၉၅၀(၃) ၁၉၅၀(၃)

MELVISSOR GUNNERIE  
ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA  
CUTIMA



**POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO**  
**DELEGACIA DE POLICIA DE CHÁ GRANDE**  
**67º CIRCUINTSRIÇÃO**

卷之三

DPVAT-RJ  
CENTRAURO VIDA E  
PREVIDENCIAS/A  
10 OUT 2003

# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI

CERTIDAO DE INEXISTÊNCIA DE IMI

\*1004029.



Eu, Ricardo Henrique Almeida, portador da carteira de identidade nº 42018635057 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.112.434-09, residente e domiciliado na R. Thucydes Figueiredo, Sobradinho, DF, 35370-000, Cidade Brasília - Distrito Federal, Estado Brasília - Distrito Federal, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IMI para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IMI no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IMI localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins dc prova do Seguro DPVAT; ou  
( ) O estabelecimento do IMI 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-IMI, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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 discordo do seu conteúdo.

E. Henrique - RE

Local e data

**DPVAT**  
**DESENHO VIAL**  
**LEIA**

Assinatura do declarante

Representante legal

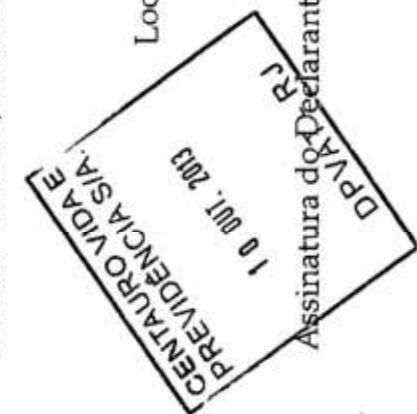


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Valdirson Quilhava Muraquenque da Cunha,  
 RG/CTPS/CNH n 05602370154, data de expedição 26/09/12,  
 Órgão SPS-Pe, CPF n° 032.118.474-09, venho perante a este  
 instrumento declarar que não posso comprovar que endereço em meu nome,  
 sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em  
 anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro									
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Tiago Barreto Soares</u>								
Número	<u>357</u>								
Apto / Complemento									
Bairro	<u>Quintas</u>								
Cidade	<u>Florianópolis</u>								
Estado	<u>SC</u>								
CEP	<u>55036-000</u>								
Telefone de Contato	<table border="1"> <tr> <td>CONTATOS</td> <td>CONTATOS</td> </tr> <tr> <td>(81) 3491-0360 / 3431-8823</td> <td>(81) 3491-0360 / 3431-8823</td> </tr> <tr> <td>(81) 9219-0525 / 3075.6564</td> <td>(81) 9219-0525 / 3075.6564</td> </tr> <tr> <td>(81) 9216.3735 / 8674.6203</td> <td>(81) 9216.3735 / 8674.6203</td> </tr> </table>	CONTATOS	CONTATOS	(81) 3491-0360 / 3431-8823	(81) 3491-0360 / 3431-8823	(81) 9219-0525 / 3075.6564	(81) 9219-0525 / 3075.6564	(81) 9216.3735 / 8674.6203	(81) 9216.3735 / 8674.6203
CONTATOS	CONTATOS								
(81) 3491-0360 / 3431-8823	(81) 3491-0360 / 3431-8823								
(81) 9219-0525 / 3075.6564	(81) 9219-0525 / 3075.6564								
(81) 9216.3735 / 8674.6203	(81) 9216.3735 / 8674.6203								
E-mail									

Por ser verdade, firmo-me.

  
 Local e Data: Chapéus - SC, 08.08.13  
 Assinatura do Declarante: Valdirson Muraquenque da Cunha  
 D.P.J.V.  
 10.08.13  
 R.J.

Representante legal: \_\_\_\_\_



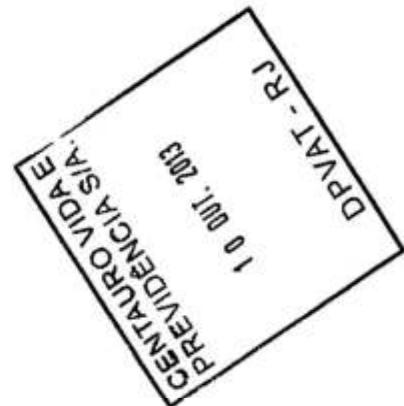


## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Welvissen Guilherme Albuquerque de Oliveira, residente na Rua, Tiago Barbosa, Chã Grande, PE filho de Sandra Albuquerque de Oliveira, foi atendido neste Hospital Geral Alfredo Alves de Lima, no dia 22 de julho de 2013 , vítima de acidente automobilístico, onde foi examinado pela Drª Jacyara F. Barrocas apresentando multe escoriações em todo o corpo e (MMSS) (MMII) o mesmo refere ter feito cirurgia de coluna tem prótese (platina) p/ hérnia de disco e refere dormência em (MMSS). Trauma de face em região mentoniana contusão de região frontal e afundamento frontal. Medicado e transferido para o Hospital da Restauração senha de nº 4186767; Sem mais para o momento.

Chã Grande 30 de Julho de 2013

Diretor médico: Dr. Helbert P. Matias  
CRM: 19431  
CREMEPE: 19431



Graduação - UFPE - 1977/1982

Pós-Graduação - Cirurgia Geral - HGV - INAMPS 1983/1984

Pós-Graduação - Ortopedia e Traumatologia - HC - UFPE 1992/1994

João Ricardo P. Perruci  
Traumo - Ortopedia  
CRM 7142

Av. Presidente Antônio Carlos  
Belo Horizonte - MG  
CEP 31260-000

Residente em 20/07/2013. Fui visto de  
máscara de ressuscitação, sem sangue nas  
TCC com hemobancos fracionados +  
anestesia do PMSI e suspeita de esguicho  
de submetido a fibroscopia cirúrgica  
para concepção de apendicite aguda, manobras  
de Kocher mostraram condensado com  
granulomas grandes para suspeita de  
protozoários entéricos. no momento  
questionou se tinha dor de costela,  
réplica dolorosa no esterno e antebraços.  
A fibroscopia mostrou  
doença crônica de basis atopica.  
Dor + irritação hirsúca e  
mármore no fundo esofágico.



João Ricardo P. Perruci  
Traumo - Ortopedia  
CRM 7142

Av. Presidente Antônio Carlos  
Belo Horizonte - MG  
CEP 31260-000

nos dias "fisiológicos" que o paciente tem  
escrevendo

Gostaria de ouvir suas impressões sobre  
o resultado financeiro da sua, não mencionada  
"De?"

1- Terei em consideração a fração hor  
de nefrite + 60K

2- Frações de hidro diálito esse  
ou de nefrite fracionada + 60K  
do paciente

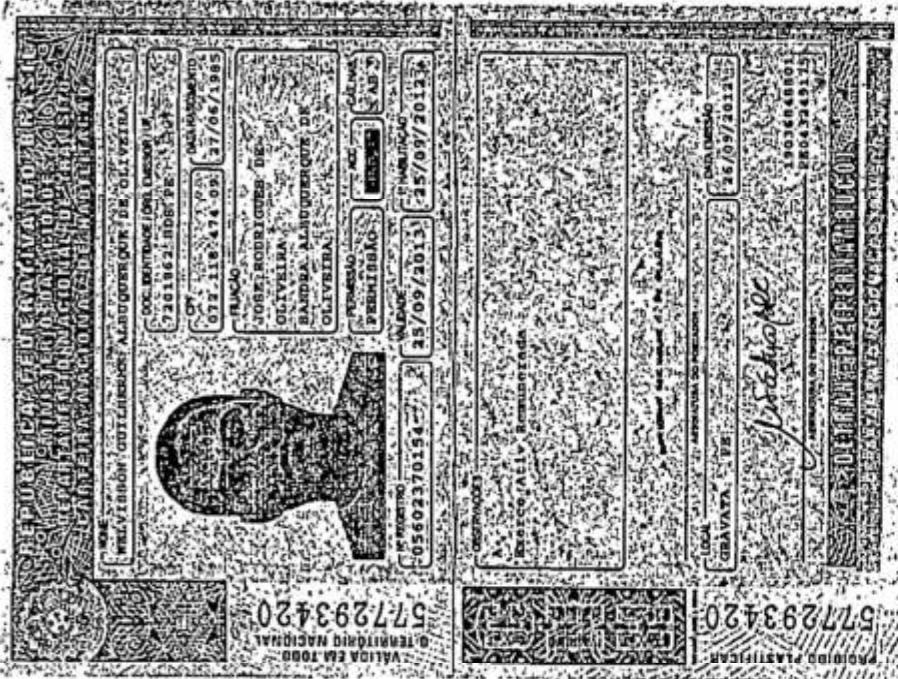
Assinatura 28/08/113

João Ricardo P. Perruci  
Trauma - Ortopedia  
CRM 7142



\*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



(81) CONTATOS  
(81) 3491-0360 / 3431-8823  
(81) 9219-0625 / 9218-3736 / 8874-6564  
(81) 8216-3736 / 8874-6564

CENTRALIZADA  
PREVIDÊNCIA  
10 OUT. 2013  
DPVAT - RJ

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2013640465

**Vítima:** WELVISSON  
GUILHERME  
ALBUQUERQUE DE  
OLIVEIRA

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E  
PREVIDÊNCIA S/A

**Cidade:** Chã Grande

**Data do acidente:** 22/07/2012

**Prestadora:** AMORIM E MATTOS  
SERVIÇOS MÉDICOS  
ESPECIALIZADOS LT

**Natureza:** Invalidez

**Emissor do parecer:** José Artur  
Fialho  
Amorim

**CRM do médico:** 314742

### PARECER

**Data da análise:** 24/10/2013

**Valorização do IML:**

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** POLITRAUMATISMO TCE

**Resultados terapêuticos:**  
DEPENDE DE EXAME PERICIAL

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 9.450,00

**Médico avaliador:** ARTUR

**UF do CRM do médico:** RJ

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>% Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Danos não definidos.		

**Valor avaliado:** 0,00

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

<b>Número:</b> 2013640465	<b>Cidade:</b> Chã Grande	<b>Natureza:</b> Invalidez
<b>Vítima:</b> WELVISSON GUILHERME ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA	<b>Data do acidente:</b> 22/07/2012	<b>Emissor do parecer:</b> Igor da Silva Bonfim
<b>Seguradora:</b> CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A	<b>Prestadora:</b> ACE Gestão de Saúde Ltda.	<b>CRM do médico:</b> 19953

### PARECER

**Diagnóstico:** Traumatismo crânioencefálico com afundamento frontal. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular.

**Descrição do exame médico pericial:** Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (++/+)4), ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador e fisioterapia.

**Sequelas permanentes:** Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo.

**Sequela:** Com sequela

**Data da perícia:** 01/11/2013

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Valor pleiteado:** 13.500,00

**Médico avaliador:** Andrea Rodrigues Madeira Campos

**UF do CRM do médico:**

### DANOS

<b>Dano</b>	<b>%</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Graduação</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25	1	75
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100	1	50

**Valor avaliado:** 9.281,25

# **Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

---

## **Informações do Acidente**

**Sinistro: 2013640465**

**Nome da Vítima: Welvissen Guilherme**

**Albuquerque de Oliveira**

**Local: Chã Grande**

**Data do Acidente: 22.07.13**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

## **Resultado da Avaliação do Medico Examinador**

---

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(  ) Sim      (  ) Não      (  ) Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como “não” ou “prejudicado” apresentar justificativas:

---

---

**Só prosseguir no laudo em caso de resposta afirmativa no quesito I**

II. Com base no quadro clínico atual da Vítima, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

**Resposta: Traumatismo crânioencefálico com afundamento frontal, submetido a tratamento conservador. Fratura distal de rádio esquerdo com envolvimento articular, submetido a tratamento conservador e fisioterapia.**

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**Resposta: Vítima queixa de cefaleia, tontura, irritabilidade e agressividade. Ao exame: Edema (+++4), ausência de flexão e rigidez em punho esquerdo e dano cognitivo comportamental.**

III. Há indicação da Vítima ainda ter que realizar algum tratamento, incluindo medidas de reabilitação e/ou exames complementares para fins de diagnóstico ou de controle terapêutico?

a) Tratamentos: (  ) Não      (  ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

---

---

b) Exames Complementares: (  ) Não      (  ) Sim.

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

---

---

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) (  ) Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

---

---

b) ( x ) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**Resposta: Dano cognitivo comportamental, déficit funcional em punho esquerdo.**

**Em caso de resposta afirmativa para "a" e/ou "b" no item III e/ou "a" no item IV, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.**

V. Segundo o previsto na Lei 11.945/09 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento que sejam geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o Anexo da Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Com base no exame médico se pode documentar:

( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x ) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como “parcial” informar se o dano é “completo” ou “incompleto”:

( ) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

( x ) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais então compatíveis aos danos apurados, respectivamente a cada segmento corporal acometido, apurando de modo global ou setorial.

1ª Lesão: Dano cognitivo comportamental

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve (x ) 50% médio ( ) 75% grave

2ª Lesão: Punho esquerdo

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( x ) 75% grave

3ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

4ª Lesão:

Marque o percentual: ( ) 10% residual ( ) 25% leve ( ) 50% médio ( ) 75% grave

#### **Informações Complementares Apresentadas pelo Médico Examinador**

---

---

##### **Identificação do Médico Examinador**

Nome do Medico: Andria Rodrigues Madeira Campos  
Registro no CRM: 19953  
Local do Exame: **Caruaru**  
Data do Exame: **01/11/13**

**Local e Data**



**Assinatura do Médico Examinador – CRM**