
Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Nº Sinistro: **3180418030**

Vitima: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Data do Acidente: **21/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO TULHO NUNES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180418030**.

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, 17 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Nº Sinistro: **3180418030**

Vitima: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Data do Acidente: **21/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO TULHO NUNES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180418030**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, 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.seguradoraslider.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, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Sinistro: **3180418030**

Vítima: **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Data do Acidente: **21/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO TULHO NUNES**

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 3180418030** 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.seguradoraslider.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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

025.929.984-70

Nome completo da vítima

Eliziane Guedes de melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Eliziane Guedes de melo	CPF titular da conta	025.929.984-70	Profissão	recusa - si
Endereço	R. Manoel Andrade da Silva	Número	3/N	Complemento	casa
Bairro	Centro	Cidade	Belo Jardim dos Santos	Estado	Pernambuco
Email		CEP	5888-0000	Telefone (DDD)	(83) 9.9845-9368

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3518		12820	8
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ NRD _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Belo Jardim dos Santos, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Eliziane Guedes de melo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

COMPREV PREVIDENCIAS
10 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. 1010 PESSOA

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (HEMORRAGIA EXTRA-AXIAL NA FOSSA CRANIANA, FRATURA DA ORBITA ESQUERDA E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DA FACE: APRESENTA CEFALEIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICO. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO, DOR E CREPITAÇÃO LEVE EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA. APRESENTA TOMOGRAFIA COM RESULTADO DE HEMORRAGIA EXTRA AXIAL LAMINAR SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA ORBITA ESQUERDA MAIS FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ONDE FOI EVIDENCIADO TAIS FRATURAS, CONSERVADOR COM USO DE ANALGESIA, ANTIINFLAMATÓRIOS, PERMANEceu POR 7 DIAS INTERNADO EM AMBIENTE HOSPITALAR, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Cranio-facial em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da estrutura crânio-facial devido a crepitação em região mandibular e cefaléia. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. Mozes".

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: **3180418030**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIZIONE GUEDES DE MELO**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA MANOEL ANDRADE DA SILVA, S/N - CENTRO - Brejo dos Santos - PB - CEP 58880-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **2081599**

Data e local do acidente: [**21/04/2018**] **BREJO DOS SANTOS PB**

Data e local do exame: [**23/11/2018**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA ORBITA ESQUERDA MAIS FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DA FACE: APRESENTA QUEIXAS DE CEFALEIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICO. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO, DOR E CREPITAÇÃO LEVE EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA. APRESENTA TOMOGRAFIA COM RESULTADO DE HEMORRAGIA EXTRA AXIAL LAMINAR SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

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

[**X**] Sim [] Não

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

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA ORBITA ESQUERDA MAIS FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ONDE FOI EVIDENCIADO TAIS FRATURAS, CONSERVADOR COM USO DE ANALGESIA, ANTIINFLAMATÓRIOS, PERMANECEU POR 7 DIAS INTERNADO EM AMBIENTE HOSPITALAR, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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:

QUEIXAS DE CEFALEIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICO DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO DOR E CREPITAÇÃO EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA

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):

TRAUMA CRÂNIO FACIAL

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE E ALTA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO RELATÓRIO MÉDICO DE TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, COM PROGNÓSTICO E LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DE CONTROLE (RAIO X, TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA E OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA), COM DATA DE REALIZAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO. RESULTADO DE TRATAMENTO NÃO DEFINIDO NO MOMENTO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFALICO COM TRAUMA DE FACE.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (HEMORRAGIA EXTRA-AXIAL NA FOSSA CRANIANA, FRATURA DA ORBITA ESQUERDA E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DA FACE: APRESENTA CEFALEIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICO. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO, DOR E CREPITAÇÃO LEVE EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA. APRESENTA TOMOGRAFIA COM RESULTADO DE HEMORRAGIA EXTRA AXIAL LAMINAR SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA ORBITA ESQUERDA MAIS FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ONDE FOI EVIDENCIADO TAIS FRATURAS, CONSERVADOR COM USO DE ANALGESIA, ANTIINFLAMATÓRIOS, PERMANEceu POR 7 DIAS INTERNADO EM AMBIENTE HOSPITALAR, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Cranio-facial em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da estrutura crânio-facial devido a crepitação em região mandibular e cefaléia. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "J. Mozes".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180418030 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO **Data do acidente:** 21/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE (HEMORRAGIA EXTRA-AXIAL NA FOSSA CRANIANA, FRATURA DA ORBITA ESQUERDA E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA)

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME DA FACE: APRESENTA CEFALEIAS COM NECESSIDADE DE USO DE ANALGÉSICO. DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO ZIGOMÁTICA ESQUERDA, DOR DURANTE A MASTIGAÇÃO, DOR E CREPITAÇÃO LEVE EM REGIÃO MANDIBULAR ESQUERDA. APRESENTA TOMOGRAFIA COM RESULTADO DE HEMORRAGIA EXTRA AXIAL LAMINAR SEM ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DA ORBITA ESQUERDA MAIS FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO À ESQUERDA. O MESMO FOI SUBMETIDO A EXAMES DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ONDE FOI EVIDENCIADO TAIS FRATURAS, CONSERVADOR COM USO DE ANALGESIA, ANTIINFLAMATÓRIOS, PERMANEceu POR 7 DIAS INTERNADO EM AMBIENTE HOSPITALAR, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Cranio-facial em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2018

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da estrutura crânio-facial devido a crepitação em região mandibular e cefaléia. - Quadro estabelecido conforme parecer do médico examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

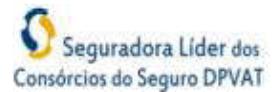
CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that appears to read "J. Mozes".

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329213/18

Número do Sinistro: 3180418030

Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO

CPF: 025.929.984-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2018

Titular do CPF: ELIZIONE GUEDES DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 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: 08/11/2018
Nome: FRANCISCO TULHO NUNES
CPF: 050.185.304-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FRANCISCO TULHO NUNES

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329213/18

Vítima: ELIZIONE GUEDES DE MELO

CPF: 025.929.984-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/04/2018

Titular do CPF: ELIZIONE GUEDES DE MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

FRANCISCO TULHO NUNES : 050.185.304-99

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

ELIZIONE GUEDES DE MELO : 025.929.984-70

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 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: 10/09/2018
Nome: FRANCISCO TULHO NUNES
CPF: 050.185.304-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

FRANCISCO TULHO NUNES

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA