



---

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10326405

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170021113 ASL-0001838/17

**Vitima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Data Acidente:** 02/10/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** DANIELLY FREIRE MARTINS MOURA

**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 a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





---

Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10326406

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170021113 ASL-0001838/17

**Vitima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Data Acidente:** 02/10/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

**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 a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.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 ARUANA SEGUROS S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10333853

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170021113 ASL-0001838/17

Vitima: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Data Acidente: 02/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: DANIELLY FREIRE MARTINS MOURA

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **02/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 11 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10333854

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170021113 ASL-0001838/17

Vitima: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Data Acidente: 02/10/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

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

Recebemos em **02/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/10/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

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

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

**NÃO PERCA TEMPO!**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Seguradora Líder · DPVAT

---

Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10491095

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Sinistro:** 3170021113 ASL-0001838/17  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS  
**Data Acidente:** 02/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DANIELLY FREIRE MARTINS MOURA

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, 09 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10491096

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

**Sinistro:** 3170021113 ASL-0001838/17  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS  
**Data Acidente:** 02/10/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

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, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10602528

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Sinistro: 3170021113 ASL-0001838/17  
Vitima: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS  
Data Acidente: 02/10/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: DANIELY FREIRE MARTINS MOURA

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: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 001

Agência: 000003900-4

Conta: 000010007327-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2017

Carta n°: 10602529

A/C: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Sinistro: 3170021113 ASL-0001838/17  
Vitima: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS  
Data Acidente: 02/10/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROBINSON LUIS VITAL FREIRE

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: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

Valor: R\$ 5.737,50

Banco: 001

Agência: 000003900-4

Conta: 000010007327-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	5.737,50

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
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

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.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170021113      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS      **Data do acidente:** 02/10/2016      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM HEMATOMA SUBGALEAL NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA. TRAUMA DE FACE COM EQUIMOSE PERIORBITÁRIA À DIREITA. FRATURA DO TETO E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA E APÓFISE ZIGOMÁTICA. FRATURA FECHADA DO CORPO E GLENOIDE DA ESCAPULA À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA SURDA-MUDA VEIO ACOMPANHADA DE SUA FILHA, QUE RELATA QUE A VÍTIMA QUEIXA-SE DE DOR NO PESCOÇO E NO BRAÇO DIREITO E DE CEFALÉIA FREQUENTE. AO EXAME OBSERVAMOS HIPOFTALMO DISCRETO À DIREITA, TENDO A VÍTIMA DIFICULDADE PARA REFERIR ALTERAÇÃO VISUAL. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA. REDUÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO (ADM 0-105°), EXTENSÃO (ADM 0-40°), ADUÇÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-110°), ROTAÇÃO INTERNA (ADM 0-40°) E ROTAÇÃO EXTERNA (ADM 0-50°). SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE LEVE, PERMANECENDO EM OBSERVAÇÃO POR CERCA DE 12 HS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DA FACE À DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA ESCAPULAR DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA ORTOPÉDICA POR CERCA DE 45 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS, SEGUNDO RELATA SUA FILHA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/02/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>		<b>42,5 %</b>	<b>R\$ 5.737,50</b>	

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink on a grey rectangular background.

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/02/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.737,50

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

CLIENTE: ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03900-4

CONTA: 000010007327-1

---

Nr. da Autenticação F122C5A7314D792B

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170021113      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS      **Data do acidente:** 02/10/2016      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 09/02/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE, FRATURA DE FACE, ESCÁPULA E GLENÓIDE ESQUERDAS E TRAUMA DE COLUNA CERVICAL E MS DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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 ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170021113      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS      **Data do acidente:** 02/10/2016      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 09/02/2017

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TCE, FRATURA DE FACE, ESCÁPULA E GLENÓIDE ESQUERDAS E TRAUMA DE COLUNA CERVICAL E MS DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

## 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:** 3170021113      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS      **Data do acidente:** 02/10/2016      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM HEMATOMA SUBGALEAL NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA. TRAUMA DE FACE COM EQUIMOSE PERIORBITÁRIA À DIREITA. FRATURA DO TETO E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA E APÓFISE ZIGOMÁTICA. FRATURA FECHADA DO CORPO E GLENOIDE DA ESCAPULA À DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA SURDA-MUDA VEIO ACOMPANHADA DE SUA FILHA, QUE RELATA QUE A VÍTIMA QUEIXA-SE DE DOR NO PESCOÇO E NO BRAÇO DIREITO E DE CEFALÉIA FREQUENTE. AO EXAME OBSERVAMOS HIPOFTALMO DISCRETO À DIREITA, TENDO A VÍTIMA DIFICULDADE PARA REFERIR ALTERAÇÃO VISUAL. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA. REDUÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO (ADM 0-105°), EXTENSÃO (ADM 0-40°), ADUÇÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-110°), ROTAÇÃO INTERNA (ADM 0-40°) E ROTAÇÃO EXTERNA (ADM 0-50°). SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE LEVE, PERMANECENDO EM OBSERVAÇÃO POR CERCA DE 12 HS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DA FACE À DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA ESCAPULAR DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA ORTOPÉDICA POR CERCA DE 45 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS, SEGUNDO RELATA SUA FILHA.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do membro superior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 14/02/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Rosa Maria Vaz dos Santos

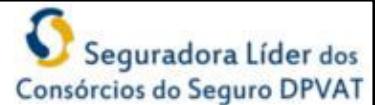
**CRM do médico:** 2109

**UF do CRM do médico:** RN

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>		<b>42,5 %</b>	<b>R\$ 5.737,50</b>	

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GUSTAVO B CAMILO

**CRM do médico:** 52.94275-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink on a grey rectangular background.

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ANTONIA ROCHA FREIRE MARTINS** Sinistro: **3170021113** Data: **02/10/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **R LINDALVA SANTIAGO, 1636 - SANTOS REIS - Parnamirim - RN - CEP 59141-610**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **1.674.890**

Data local do exame: [ **14/02/2017** ] **Natal** [ **RN** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE COM HEMATOMA SUBGALEAL NA REGIÃO FRONTO-PARIETAL DIREITA. TRAUMA DE FACE COM EQUIMOSE PERIORBITÁRIA À DIREITA. FRATURA DO TETO E ASSOALHO DA ÓRBITA DIREITA E APÓFISE ZIGOMÁTICA. FRATURA FECHADA DO CORPO E GLENOIDE DA ESCAPULA À DIREITA. . VÍTIMA SURDA-MUDA VEIO ACOMPANHADA DE SUA FILHA, QUE RELATA QUE A VÍTIMA QUEIXA-SE DE DOR NO PESCOÇO E NO BRAÇO DIREITO E DE CEFALÉIA FREQUENTE. AO EXAME OBSERVAMOS HIPOTALMOS DISCRETO À DIREITA, TENDO A VÍTIMA DIFICULDADE PARA REFERIR ALTERAÇÃO VISUAL. HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO E DA CINTURA ESCAPULAR À DIREITA. REDUÇÃO DA FLEXÃO DO OMBRO DIREITO (ADM 0-105°), EXTENSÃO (ADM 0-40°), ADUÇÃO (ADM 0-20°), ABDUÇÃO (ADM 0-110°), ROTAÇÃO INTERNA (ADM 0-40°) E ROTAÇÃO EXTERNA (ADM 0-50°). SEM DÉFICIT NEURO-VASCULAR.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [    ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**A VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA O TCE LEVE, PERMANECENDO EM OBSERVAÇÃO POR CERCA DE 12 HS. TRATAMENTO CONSERVADOR DAS FRATURAS DA FACE À DIREITA. TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA ESCAPULAR DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO COM TIPOIA ORTOPÉDICA POR CERCA DE 45 DIAS. FEZ FISIOTERAPIA POR CERCA DE 1 MÊS, SEGUNDO RELATA SUA FILHA.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [    ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Dano cranio facial, Limitação funcional do membro superior direito**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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)

(    ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Estruturas crânio faciais**

% do dano: (    ) 10% residual ( **X** ) 25% leve

(    ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Membro superior direito**

% do dano: (    ) 10% residual ( **X** ) 25% leve

(    ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve

(    ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

% do dano: (    ) 10% residual (    ) 25% leve

(    ) 50% médio (    ) 75% intensa (    ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(    ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN