

---

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

**Sinistro:** **3170629686**

**Vítima:** **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente:** **02/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**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 **3170629686** 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.seguradoralider.com.br](http://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, 18 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170629686**

Vitima: **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: **02/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3170629686**, verificamos que, até o presente momento, não foram apresentados documentos que comprovem o término do tratamento e a existência de invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi encerrado.

Para prosseguimento da análise, será necessário apresentar documentação médica que comprove o término do tratamento e a existência de sequelas permanentes.

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, 02 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3180096839

**Vitima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA

**Data do Acidente:** 02/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180096839**.

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, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

**Sinistro:** **3180096839**

**Vítima:** **JOAO PAULO ALVES DA SILVA**

**Data do Acidente:** **02/11/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**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 **3180096839** 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.seguradoralider.com.br](http://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, 24 de Março de 2018

Carta n°: 12566091

A/C: JOAO PAULO ALVES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180096839  
Vitima: JOAO PAULO ALVES DA SILVA  
Data do Acidente: 02/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**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: JOAO PAULO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000033

Conta: 00000155534-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

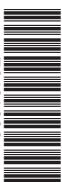
Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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, 30 de Novembro de 2017

**Aos Cuidados de:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA

**Nº Sinistro:** 3170629686

**Vitima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA

**Data do Acidente:** 02/11/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170629686.**

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.

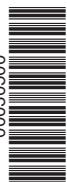
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.**

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**



# 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: 20/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JOAO PAULO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00033

CONTA: 00000155534-2

---

Nr. da Autenticação D5603F8ECC7D8686

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180096839      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE. CERVICALGIA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NA BASE DO PESCOÇO NA FACE POSTERIOR COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS CERVICAL, SENDO MAIS DOLOROSO PARA A DIREITA. AO EXAME FÍSICO, SEM ALTERAÇÕES APARENTEIS DA COLUNA CERVICAL. ADM DA FLEXÃO DA COLUNA CERVICAL DE 0º-30º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ROTAÇÃO DIREITA DE 0º-40º, ESQUERDA DE 0º-50º, FLEXÃO LATERAL DIREITA DE 0º-30º, E ESQUERDA DE 0º-40º. SEM ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO PERMANECENDO INTERNADO, INFORMOU QUE NÃO HOUVE RETORNOU AO MÉDICO E QUE NÃO REALIZOU EXAMES AO NÍVEL DA COLUNA CERVICAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da coluna cervical

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/03/2018

**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>
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170629686      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 06/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE LEVE

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## 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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180096839      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIANO LEVE. CERVICALGIA.

**Descrição do exame médico pericial:** A VÍTIMA REFERE DOR NA BASE DO PESCOÇO NA FACE POSTERIOR COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS CERVICAL, SENDO MAIS DOLOROSO PARA A DIREITA. AO EXAME FÍSICO, SEM ALTERAÇÕES APARENTEIS DA COLUNA CERVICAL. ADM DA FLEXÃO DA COLUNA CERVICAL DE 0º-30º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ROTAÇÃO DIREITA DE 0º-40º, ESQUERDA DE 0º-50º, FLEXÃO LATERAL DIREITA DE 0º-30º, E ESQUERDA DE 0º-40º. SEM ATROFIA MUSCULAR E DÉFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO PERMANECENDO INTERNADO, INFORMOU QUE NÃO HOUVE RETORNOU AO MÉDICO E QUE NÃO REALIZOU EXAMES AO NÍVEL DA COLUNA CERVICAL.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da coluna cervical

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 13/03/2018

**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>
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170629686      **Cidade:** Natal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO ALVES DA SILVA      **Data do acidente:** 02/11/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TCE LEVE. CERVICALGIA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NA BASE DO PESCOÇO DURANTE OS MOVIMENTOS E ESFORÇOS FÍSICOS. AO EXAME FÍSICO NÃO OBSERVAMOS ALTERAÇÕES GROSSEIRAS, APENAS DOR À DIGITO PRESSÃO AO NÍVEL DA 7<sup>a</sup> VÉRTEBRA CERVICAL. ARCO DE MOVIMENTO DA FLEXÃO CERVICAL DE 40°, EXTENSÃO DE 20°, ROTAÇÃO DIREITA DE 40°, ROTAÇÃO ESQUERDA DE 50°, FLEXÃO LATERAL DIREITA DE 40° E ESQUERDA DE 30°. SEM ATROFIA MUSCULAR E DEFICIT NEURO-VASCULAR.

**Resultados terapêuticos:** VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE LEVE E DO TRAUMA CERVICAL, NÃO PERMANECENDO INTERNADA. NÃO FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL, MAS REFERE QUE EVOLUIU COM CERVICALGIA CRÔNICA, PROCURANDO UM ORTOPEDISTA EM 27/11/2017, QUANDO FOI PRESCRITO BETA TRINTA E MELOXICAN POR 5 DIAS (RECEITA), SEM GRANDES MELHORAS (SIC). NÃO REALIZOU EXAMES DE IMAGENS DA COLUNA CERVICAL E NÃO FEZ FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Data da perícia:** 12/12/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** A VÍTIMA ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO, JÁ QUE SÓ TEM 1 MÊS E 10 DIAS DO SINISTRO, SEM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E SEM EXAMES DE IMAGENS PARA COLUNA CERVICAL. Recomendamos nova avaliação médica em 60 dias.

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

**CRM do médico:** 2109

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** SIMONE CUNHA SANCHES

**CRM do médico:** 5271743-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

**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): **JOAO PAULO ALVES DA SILVA** Sinistro: **3170629686** Data: **02/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Pontalina, 4815 - Neópolis - Natal - RN - CEP 59088-745**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.540.670**

Data local do exame: [ **12/12/2017** ] **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) **TCE LEVE. CERVICALGIA. . VÍTIMA REFERE DOR NA BASE DO PESCOÇO DURANTE OS MOVIMENTOS E ESFORÇOS FÍSICOS. AO EXAME FÍSICO NÃO OBSERVAMOS ALTERAÇÕES GROSSEIRAS, APENAS DOR À DIGITO PRESSÃO AO NÍVEL DA 7ª VÉRTEBRA CERVICAL. ARCO DE MOVIMENTO DA FLEXÃO CERVICAL DE 40°, EXTENSÃO DE 20°, ROTAÇÃO DIREITA DE 40°, ROTAÇÃO ESQUERDA DE 50°, FLEXÃO LATERAL DIREITA DE 40° E ESQUERDA DE 30°. SEM ATROFIA MUSCULAR E DEFÍCIT 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.

**VÍTIMA FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE LEVE E DO TRAUMA CERVICAL, NÃO PERMANECENDO INTERNADA. NÃO FEZ USO DE IMOBILIZAÇÃO COM COLAR CERVICAL, MAS REFERE QUE EVOLUIU COM CERVICALGIA CRÔNICA, PROCURANDO UM ORTOPEDISTA EM 27/11/2017, QUANDO FOI PRESCRITO BETA TRINTA E MELOXICAN POR 5 DIAS (RECEITA), SEM GRANDES MELHORAS (SIC). NÃO REALIZOU EXAMES DE IMAGENS DA COLUNA CERVICAL E NÃO FEZ FISIOTERAPIA.**

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

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. 310 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 (\*).

( **X** ) "Vítima em tratamento"

*Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 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):

% 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

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.

**A VÍTIMA ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO, JÁ QUE SÓ TEM 1 MÊS E 10 DIAS DO SINISTRO, SEM TRATAMENTO FISIOTERÁPICO E SEM EXAMES DE IMAGENS PARA COLUNA CERVICAL.**

Rosa Maria Vaz dos Santos

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN

**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): **JOAO PAULO ALVES DA SILVA** Sinistro: **3180096839** Data: **02/11/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Pontalina, 4815 - Neópolis - Natal - RN - CEP 59088-745**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **ITEP /RN** ] **002.540.670**

Data local do exame: [ **13/03/2018** ] **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 CRANIANO LEVE. CERVICALGIA. A VÍTIMA REFERE DOR NA BASE DO PESCOÇO NA FACE POSTERIOR COM DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS CERVICAL, SENDO MAIS DOLOROSO PARA A DIREITA. AO EXAME FÍSICO, SEM ALTERAÇÕES APARENTEIS DA COLUNA CERVICAL. ADM DA FLEXÃO DA COLUNA CERVICAL DE 0º-30º, EXTENSÃO DE 0º-30º, ROTAÇÃO DIREITA DE 0º-40º, ESQUERDA DE 0º-50º, FLEXÃO LATERAL DIREITA DE 0º-30º, E ESQUERDA DE 0º-40º. SEM ATROFIA MUSCULAR E 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.  
**TRATAMENTO CONSERVADOR. NÃO PERMANECENDO INTERNADO, INFORMOU QUE NÃO HOUVE RETORNO AO MÉDICO E QUE NÃO REALIZOU EXAMES AO NÍVEL DA COLUNA CERVICAL.**

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.

**Limitação funcional da coluna cervical**

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

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Coluna cervical**

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

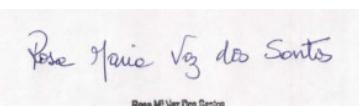
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve

( ) 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  
CRM: 2109

Rosa Maria Vaz dos Santos - CRM: 2109 - RN