

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2019, COM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PÉ DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO PÉ DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR (3180080598). SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190099616

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190099616

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190099616 **Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA**

Data do Acidente: 04/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 00000123779-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

 Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

N° do sinistro ou ASL:

 CPF da vítima:
051.056.533-60

Nome completo da vítima:

Daniel Ramon Saraiva Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Daniel Ramon Saraiva Pereira

CPF:

051.056.533-60

Profissão:

Motoboy

Endereço:

Rua Pero Vaz

Bairro:

Messejana

Cidade:

Fortaleza

Estado:

Ceará

CEP:

60841270

E-mail:

Danieldograu365@gmail.com

Tel.(DDD):

(35) 997349325

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

 RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: **2558**

 CONTA: **123779**

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

 CONTA: **Investprev Seguradora (S/A)**

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

05 FEVEREIRO DE 2019

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
 Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Local e Data: **Fortaleza - CE, 05/02/2019**

 Nome: **Daniel Ramon Saraiva Pereira**

 CPF: **051.056.533-60**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se à dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201931991

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 145 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO	Investprev Seguradora S/A
Data / Hora da Comunicação: 14/01/2019 13:00:56	
Data / Hora da Ocorrência: 04/11/2018 15:30:00	05 FEV 2019
Endereço da Ocorrência: RODOVIA 4º ANEL VIARIO	CNPJ: 42.366.302/0001-28
Complemento:	
Bairro: PREFEITO JOSE WALTER	Município: FORTALEZA/CE
Ponto de Referência:	

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA	UF: CE
Nascimento: 09/08/1996	CPF: 051.056.533-60
RG: 20072496759	Orgão Emissor: SSP
Filiação: FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA	
AURELANDIO FIRMINO PEREIRA	
Endereço: RUA PERO VAZ, 198 085.986657990	
Bairro: MESSEJANA	
Município: FORTALEZA/CE	CEP: 60.841-270
País: BRASIL	Telefone: (85) 99734-9325

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POR0896 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2KC2210JR033122 Renavam: 1161231410 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 160 TITAN Ano Fabricação: 2018 Ano Modelo: 2018 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA Proprietário: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO
--

Histórico

QUE, COMARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA POR-0896 NA RODOVIA 4º ANEL VIÁRIO QUE AO ULTRAPASSAR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS A VITIMA COLIDIU COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU NA FRENTA DA VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.////////// OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.
--

A presente cópia confere com o documento que me foi apresentado pelo porteiro interno da Por. Fortaleza/CE.
 VÁLIDO SOMENTE COM SÉLO DE AUTENTICIDADE

RESPOSTÁVEL PELO REGISTRO :
 07-01-2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 FRANCISCO DELÂNIO CAMPÉLO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPOSTÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
 07-01-2019

DELEGADO(A) :
 JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nome do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	051.056.533-60	Daniel Ramon Saraiva Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Daniel Ramon Saraiva Pereira		
Profissão:	Endereço:	Investprev Seguradora S/A		
Motoboy	Rua Pero Vaz	CPF:	051.056.533-60	
Bairro:	Cidade:	CEP:	05211270	
Messejana	Fortaleza	UF/Estado:	(35) 997349325	
E-mail:	Danieldograu365@gmail.com			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXO B CÓPIA) CNPJ 42.366.302/0001-28				

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2558

CONTA: 123779

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

Investprev Seguradora S/A

05.FEV.2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência de quaisquer perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa que a mesma permaneça com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se à dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5042474	Nº DO BE 310245
Nome do Paciente DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA	NASCIMENTO 09/08/1996 (22 ANOS)	SEXO M	RAC/ETN PARDO
ADSOUS 700801963235786	NOME RESPONSÁVEL FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA CRM-CE 85-98665-7990	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA PERO VAZ 198 MESSEJANA	CEP 60.841-270	<i>(Handwritten signature)</i>	
CONTATO (85) 99698-1254			

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
EXCEXA QUEDA DE MOTO	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA			
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT 92 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA			
ÁREA ATENDIMENTO				

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

*Pró utile se acidente de moto se
lesão leve com contusão fraturado res
1/3 do pé, dor, Rx. se faltam*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		() OUTROS
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	PRESCRIÇÃO MÉDICA
<i>Acet-mentol</i>		
		Investprev Seguradora S/A
		OBSERVAÇÕES
		05 FEV 2019
		CNPJ: 42.366.302/0001-28
TIPO DE ALTA/SAÍDA		

ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 04/11/2018 16:28:36

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Realizada sutura

*Dr. Victor Monteiro
Cirurgia Geral
CRM - CE 17.298*

*11/12/18
M. V. Monteiro*

*A gente chega junto
na hora de garantir os
presentes de Natal.*

FORTBRASIL
O crédito que chega junto

Investprev Seguradora SA

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cartão
FORTBRASIL
É CRÉDITO. É SIMPLES. É PRA VOCÊ.

00036435

CTGE FORTALEZA CE PL2
MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA
TRAVESSA CASTANHOLA 51 PX FORT MOTOS
COUTO FERNANDES
60442-000 FORTALEZA CE



7214112779700230000001834630301118



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190099616

Nome do(a) Examinado(a): DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA PERO VAZ, 198 - FORTALEZA/CE -
CEP 60841-270

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0628445218 - DETRAN-CE. -
20/07/2018

Data e Local do Acidente : 04/11/2018 - FORTALEZA, CE.

Data e Local do Exame : 13/02/2019 RUA CEL. ALVES TEIXEIRA, 1280 -
FORTALEZA/CE - CEP 60130-001

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ
DIREITO.

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

A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE
MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO
CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK.
FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE
2019, COM COMPLICAÇÃO.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE
ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES
IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO
ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO
DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

**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:**

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PÉ DIREITO, PELO EDEMA, CICATRIZ RETRÁTIL, DEFORMIDADE ÓSSEA E BLOQUEIO ARTICULAR.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

PÉ DIREITO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.



Andre de Oliveira Leal
CRM 16566

ANDRE DE OLIVEIRA LEAL CRM : 16566 / UF :CE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Ivanira Santos da Costa Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 762.212.103-72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Daniel Ramon Saraiva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.056.533-60, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Daniel Ramon Saraiva Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.056.533-60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos de comprovação	Intervisão Seguradora SA
<input checked="" type="checkbox"/> Recuso informar	05 FEV 2019

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Travessa Castanholas</u>		<u>51</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Couto Fernandes</u>	<u>Fortaleza</u>	<u>Ceará</u>	<u>60442000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ivanira.s.santos@hotmail.com</u>	<u>(85)992659285</u>	<u>(85)991664420</u>	

Fortaleza/CE, 05 de fevereiro de 2019
Local e Data

Maria Ivanira Santos da Costa Silva
Assinatura do Declarante

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5042474	Nº DO BE 310245
Nome do Paciente DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA	NASCIMENTO 09/08/1996 (22 ANOS)	SEXO M	RAC/ETN PARDO
ADSOUS 700801963235786	NOME RESPONSÁVEL FRANCISCA LUCIVANDA SARAIVA CRM-CE 85-98665-7990	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
ENDEREÇO RUA PERO VAZ 198 MESSEJANA	CEP 60.841-270		
CONTATO (85) 99698-1254			

OCORRÊNCIA

Lugar da ocorrência/transporte/dados do acidente

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EXCEXA QUEDA DE MOTO	MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINTOMAS NI	SINAIS VITais			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT 92 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI			
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA BENICE A SILVA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/11/2018 16:28:36	

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

Pró utile se acidente de moto se
lesão leve com contusão fraturado res
1/3 do pé, dano - Rx. see follow -

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SAD/SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X		() OUTROS

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Acet-asp gel		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA:
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA BENICE A SILVA em 04/11/2018 16:28:36
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Realizada sutura

Dr. Victor Monteiro
Cirurgia Geral
CRM - CE 17.298

11/11/18
M. Monteiro

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Deniel Lemos Soares Pereira

vítima de acidente de trânsito, em 01/11/18, sofreu:

*Fraturas da 5ª metatarso Dínea
C/I - S 92-3*

e submeteu-se a tratamento(s):

*CIMINOLIC, dedo da 5ª metatarso
as mafias
medicamentos*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente, com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Dois e dezena por cento no
pé direito. Sintomas crônicos
dolor e desconforto no
deambulatório, não contínuos
resistem à atividades com comuns
e ordinaryes fisicas. Fazendo
convenção precece os desempenhos
normais clandestinamente, de forma
de locomover-se. Comprimento da
funcional. Perda de um
70% das funções.
Nas medias articulações*

05/07/2019

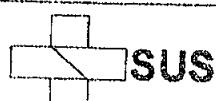
Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

Fco. Mardônio Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 4411

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Janice Lima Souza

6 - N° PRONTUÁRIO

5042474

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

710018019613235786

8 - DATA DO NASCIMENTO

09/03/96

9 - SEXO

Masculino Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Janice Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDERECO E BAIRRO

Rua São José 1983 / Madureira

13 - MUNICÍPIO/UF/INSTITUIÇÃO

FDD-CE

14 - CÓD. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Primeira história de forma higiogênica e ignorante no pé. Reapareceu trica per... inchação claudicante. Hoje volta e se subverte no pé e na genitá

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As condições são

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Mammograma + 60% -

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° BILHETE

38 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBDR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

CNS

CPF

46 - N° DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

CNS

CPF

CNS



RELATÓRIO DE ALTA

PROVIE

Daniel

PROFISSIONAL	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>10/01/18</i>	<i>28/01/18</i>	<i>01/02/18</i>	<i>58</i> <i>D. de laus</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operado

DIAGNÓSTICOS

união do MTR - Today

DATA: 20/01/18

DATA DE SAÍDA:

DATA DE RETORNO:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:

X

Investprev Seguradora S/A

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Cílio

TERAPÉUTICA APÓS A ALTA

nitro + fb

CONDIÇÕES DA ALTA:

CURADO MELHORADO PIORADO ÓBTOS OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

28/01/18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PACIENTE

DIRENE ALMIR S. S. S.

DATA OPERAÇÃO

27/11/18

ENFERMARIA

LEITO

58

Comandado

AUXILIAR:
Romulo

1º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

ANESTESISTA

DR. J.

TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

U rotina de emerg.

TIPO DE OPERAÇÃO:

retirada fístula laringeal

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

YIK M.

RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:

YIK

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

51

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:

Não

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉC LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

1) Acesso

2) Ligadura de sangue

3) Fístula aberta

4) Retirada laringe

5) Fístula com os fios de Kirschner 15

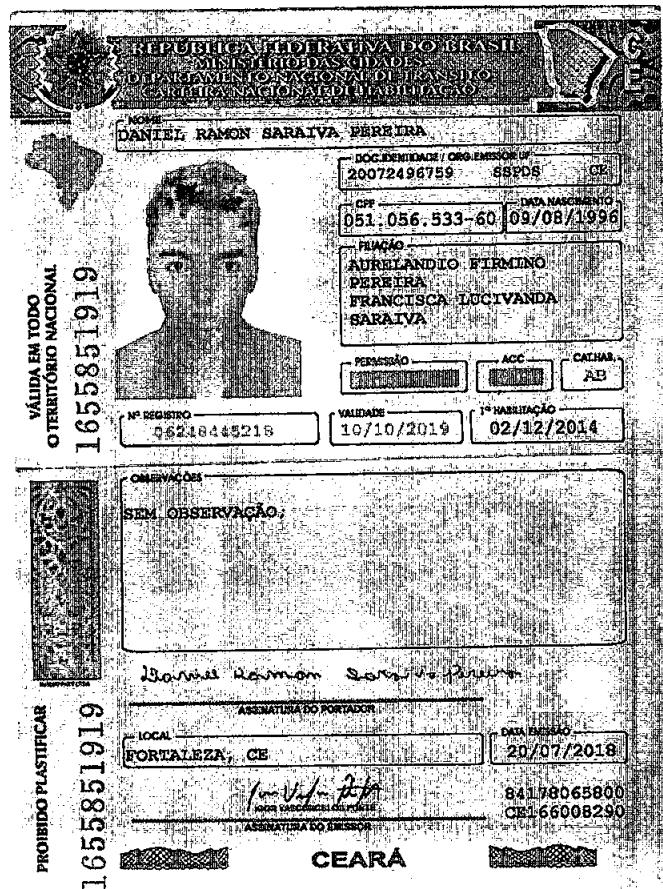
6) Colado com Rx

7) Drenagem

8) Clivado

Leonardo Pierre Quental
Cirurgião-Dentista e Tornozelo
CRM 114 - RQE 4538

11/12/18
Sexta



Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU PORSUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUINÃO/ SEGURO DPVA

CE N° 014058515623	BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2018		
06105659360	POR0896	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		
www.seguradoradelpv.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204 014058515623 71671860619		
2018 10/09/2018		
01 061056593601	CPF / CNPJ	
PORA0896		
1161234410	MARCA / MODELO	
2018 09	SC2K22710JR096122	
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)
		TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
		00/00/0000
DESPACHANTE		
LOTE / DSC 015840638		REGISTRO
SEGURADORA LIDER DPVAT		
MOTOR: KC2EL10433396608/0001-04		

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO II E V METATARSOS E II PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA DO PÉ DIREITO ++/4+, DEFORMIDADE ÓSSEA GRAVE DO I E II PODODÁCTILO DIREITO, CICATRIZES IRREGULARES E RETRÁTEIS NO DORSO DO PÉ DIREITO E BLOQUEIO ARTICULAR GRAVE DO I, II E V DEDOS DO PÉ DIREITO E MODERADO DOS MOVIMENTOS PRÓPRIOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO FROTINHA DE MESSEJANA, ONDE FOI INTERNADA E SUBMETIDA AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO METÁLICA, ATRAVÉS DE FK. FEZ 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

ALTA MÉDICA EM JANEIRO DE 2019, COM COMPLICAÇÃO.

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO (50%) EM PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/02/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais EM PÉ DIREITO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190099616 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 5º METATARSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 25% DO PÉ DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR (3180080598).
@(PÁG.2)SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Daniel Ramon Saraiva Pereira....., brasileiro(a), estado civil Solteiro...., profissão motoboy....., residente e domiciliado à Rua Pernova....., nº 00198....., bairro Messejana....., Município de Fortaleza....., Estado de(o) Ceará....., Cep. 60241270....., portador(a) do Rg nº 20072496759....., SSP/CE e CPF nº 051.056.533-60.....

Outorgado: Maria Ivonira Santos da Costa Silva....., brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Quilônomia....., residente e domiciliado(a) à Rua Travesseira Castanhola....., nº 51....., bairro Coelho Fernandes Município de Fortaleza....., Estado de (o) Ceará....., Cep.: 60442000, portador (a) do RG nº 94005015861 SSP/CE..... e CPF nº 762.212.103-72

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ocorrido em 04/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Investprev Seguradora S/A

05 FEV 2019
de 2019

CNPJ: 42.366.302/0001-28

Fortaleza - Ceará....., 17....., de janeiro.....

Cartório de
Messejana

Daniel Ramon Saraiva Pereira

Outorgante

CPF Nº 051.056.533-60.....

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042936/19

Vítima: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

CPF: 051.056.533-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA : 762.212.103-72

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

DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA : 051.056.533-60

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: 05/02/2019
Nome: MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA
CPF: 762.212.103-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

MARIA IVANIRA SANTOS DA COSTA SILVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

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: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL RAMON SARAIVA PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02558

CONTA: 00000123779-0

Nr. da Autenticação 9497BE7B1AE8BC62