

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076894 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO  
FRATURA DE MANDÍBULA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO, DE EXTENSÃO E ROTAÇÃO, MODERADO DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL, MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MORDIDA IRREGULAR E BLOQUEIO DE ATM COM CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076894 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 19/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA (PG 4).  
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO (PG 1) .

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE - PLACA E PARAFUSOS; FÊMUR - OSTEOPSSÍNTESE PG 5) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 4 - EVOLUÇÃO  
PG 6 - IMAGEM  
XSOLICITO 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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

---

**Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076894**

**Vítima: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

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

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076894**

**Vítima: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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



**Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200076894**

**Vítima: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

**Data do Acidente: 31/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 8.100,00

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 inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

**Recebedor: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

**Valor: R\$ 8.100,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000001640**

**Conta: 0000051676-9**

**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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

090.482683-03

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

090.482683-03

autônomo

Rua. San. Estanislau

573

Yapequara

Maracanã

RJ

63932-130

85986124213

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 1640 CONTA: 51676

AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 atenda 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Portalegre - RJ - 22/02/2020

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

Número do Sinistro: 3200076894  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Nalyson Mendes de Freitas Martins  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Sen Petronio Portela, 573  
Pajucara Maracanau CE CEP: 61932-130  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20162357324  
Data local do acidente: [ 31/03/2019 ]  
Data local do exame: [ 20/02/2020 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO  
FRATURA DE MANDÍBULA**

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

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE DE MANDÍBULA. APOSIÇÃO DE HASTE INTRAMEDULAR E FISIOTERAPIA  
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.  
Data da Alta: 28/01/2020**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO, DE EXTENSÃO E ROTAÇÃO, MODERADO DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL, MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MORDIDA IRREGULAR E BLOQUEIO DE ATM COM CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim** ( ) Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim** ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**SEQUELA FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA. SEQUELA ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE CRÂNIO FACIAL PELA PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo 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 seqüela 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 (Seqüela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

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

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

Região Corporal (Seqüela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

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

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL  
Impresso nº 2020113617

Impressão em: 07/02/2020 13:03:02



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 254 / 2020**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **07/02/2020 14:06:26**  
Data / Hora da Ocorrência: **31/03/2019 01:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **R PAULO BATISTA , PAJUÇARA - MARACANAU/CE**  
Ponto de Referência: **HIPER CREDITO**

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**  
Nascimento: **29/10/1998** CPF: **090.482.683-03**  
RG: **20162357324** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**  
Filiação: **MARINALVA MENDES DE FREITAS**  
**FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA**  
Endereço: **RUA PETRONIO PORTELA, 573**  
Bairro: **PAJUÇARA**  
Município: **MARACANAU/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98603-5003**

**Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NO DIA 31.03.2019 PELO GIRO DAS 01:30 HORAS, ESTAVA DE GARUMPEIRO NA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO 2015/2015 COM PLACA: OZA-6934/CE REGISTRADO EM NOME DE FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA, QUE A CONDUTORA ERA A SUA TIA DE NOME ANDREIA DAMASCENO COSTA, MOMENTO ESTE QUE FOI COLIDIDO MOTOCICLETA COM MOTOCICLETA, NÃO RECORDANDO PRECISAMENTE O MOMENTO DA COLISÃO, POIS AFIRMA QUE JÁ ACORDOU CIENTE DENTRO DA AMBULÂNCIA; QUE EM FACE DO ACIDENTE DE MOTO X MOTO O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU FRATURAS NO FÊMUR ESQUERDO E MASQUISILAR, SENDO NECESSÁRIO PASSAR POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RELATANDO QUE FOI ATENDIDO PELO 192 SAMU QUE APÓS OS PRIMEIROS SOCORROS CONDUZIU O DECLARANTE PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA LOCALIZADO NO CENTRO DA CIDADE DE FORTALEZA; E NADA MAIS DISSE.

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA. A POLICIA É CRIME, PREVISTO NO ART. 340 DO CTB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

JEAN CARLOS MARTINS SANTOS - MAT.: 404867-1-2

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

Impressão nº 2020113617



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 254 / 2020**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

090.482683-03

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

090.482683-03

autônomo

Rua. San. Estanislau

573

Yapequara

Maracanã

RJ

63932-130

85986124213

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 1640 CONTA: 51676 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - 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 atenda 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Portalegre - RJ - 22/02/2020

Francisco Nelyson Mendes de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar do Sr. **FRANCISCO NÁLYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**, portador do RG n.º 2016235732-4, SSPDS-CE, inscrito no CPF n.º 090.482.683-03, dia 31/03/2019 às 01h30, Município de Maracanaú-CE, na Rua Paulo Batista dos Santos, Bairro Pajuçara, próximo a Hiper Crédito, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, \_\_\_\_\_, Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 31 de janeiro de 2020.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Prolegar Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

*Francisco Nallyson Mendes de Freitas Martins*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

THOMAS GOMES & SOUZA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2016235732 : 4 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/08/2016

NOME **FRANCISCO NÁLYSON MENDES DE FREITAS MARTINS**

FILIAÇÃO **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS COSTA**  
**MARINALVA MENDES DE FREITAS**

NATURALIDADE **IBARETAMA - CE**

DATA DE NASCIMENTO **29/10/1998**

DOC. ORIGEM **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 14227 FOLHA: 55**  
**LIVRO: A-17 IBARETAMA - CE**

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS GOMES & SOUZA

**Ministério da Fazenda**

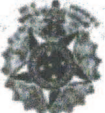
**Recetta Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número** 090.482.683-03

**Nome** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

**Nascimento** 29/10/1998



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062223/20

**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREIT

**CPF:** 090.482.683-03

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 31/03/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO NALYSON  
MENDES DE FREITAS  
MARTINS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS : 090.482.683-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020  
Nome: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS  
CPF: 090.482.683-03

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

\_\_\_\_\_  
ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076894 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO  
FRATURA DE MANDÍBULA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III ASSOCIADO A BLOQUEIO LEVE DE FLEXÃO, DE EXTENSÃO E ROTAÇÃO, MODERADO DE ABDUÇÃO E ADUÇÃO DO QUADRIL, MODERADO DE FLEXÃO DO JOELHO, CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MORDIDA IRREGULAR E BLOQUEIO DE ATM COM CREPITAÇÃO E LIMITAÇÃO DA AMPLITUDE BUCAL.

**Resultados terapêuticos:** RESULTOU EM CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM COM PREJUÍZO À MOBILIDADE.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/02/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			60 %	R\$ 8.100,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076894 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS **Data do acidente:** 31/03/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 18/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA COMPLEXA DA MANDÍBULA (PG 4).  
FRATURA DO FÊMUR ESQUERDO (PG 1) .

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FACE - PLACA E PARAFUSOS; FÊMUR - OSTEOPSSÍNTESE PG 5) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PG 4 - EVOLUÇÃO  
PG 6 - IMAGEM  
XSOLICITO 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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			27,5 %	R\$ 3.712,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062223/20

**Vítima:** FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS

**CPF:** 090.482.683-03

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 31/03/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO NALYSON  
MENDES DE FREITAS  
MARTINS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS : 090.482.683-03**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 14/02/2020  
Nome: FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS  
CPF: 090.482.683-03

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO NALYSON MENDES DE FREITAS MARTINS

\_\_\_\_\_  
ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA