

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101190 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARVALHO PAES **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS

Descrição do exame físico: CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III, PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR E MODERADO DE EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DATA DA ALTA: 04/03/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

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 MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080591/20

Vítima: AILTON CARVALHO PAES

CPF: 787.304.733-49

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 11/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON CARVALHO PAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AILTON CARVALHO PAES : 787.304.733-49

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 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: 04/03/2020
Nome: AILTON CARVALHO PAES
CPF: 787.304.733-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

AILTON CARVALHO PAES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
AILTON CARVALHO PAES

DOC. IDENTIDADE / CARTEIRADOR UF
94014087586 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
787.304.733-49 05/12/1977

FILIAÇÃO
HELIO DA SILVA PAES
MARIA IOLANDA CARVALHO
PAES

PERMISSÃO REC. CATEG. AB

NP REGISTRO
05295258512

VALIDADE
24/06/2020

1ª HABILITAÇÃO
02/09/2011

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
15/07/2015

ROSE VARDIMIELLA PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

51114320135
CE148190383

DETRAN/CE (CLARA)

VALIDA EM TODAS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1155566381

PRIMEIRO PLASTIFICADA
1155566381

Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante

C.N.P.J.: 07.533.656/0001-19

FAT: 12 Data: 11/08/2019 Horário: 06:00:25
 Usuário: 209388434 - AILTON CARVALHO PAES
 Nasc.: 05/12/1977 Idade: 41 Anos, 8 Sexo: M
 Nome da Mãe: MARIA IOLANDA CARVALHO PAES
 Endereço: R EVA, 139 - A
 Bairro/Distr.: ALVARO WEYNE
 Município: 230440 - FORTALEZA - CE

CNS: 705.1023.1716.7940

CEP: 60.040-001



Profissional Triagem: 29 - JOSIANE MARIA SOARES DA COSTA
 Pressão (mmHg): x Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):
 Ação Programática: Pulsação Arterial: 0/min Saturação (SpO2): 0
 Carácter de atendimento: URGÊNCIA Motivo da consulta: Consulta no Dia
 Justificativa do Atendimento: acidente de moto. fratura exposta

Atendimento Médico

Queixas Principais:

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA
 DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA
 (PACIENTE AGUARDANDO TRANSFERENCIA PARA HUF)
 PROTOUÁRIO A MAO

Presente trouxe para avaliação após acidente motorciclístico, apresentando
 dor, inchaço e vermelhidão na fratura de tibia e fibula + hemorragia de
 fratura exposta de tibia e fibula.

Exame Físico:

ACG-RH, presente, Oligopares 15
 ACG-RH, EC 6h, FR 12, Sat O2 98% em ar ambiente
 Oligo-inchaço
 Ec. C/ sinais de fratura exposta em ME (tibia e fibula), TEC 5h.

Exames Realizados:

1/1	RX de tibia e fibula PA	1/1
1/1	RX de tibia e fibula L	1/1
1/1	RX de tibia e fibula R	1/1
1/1	RX de tibia e fibula L	1/1

Planos de Cuidados:

Procedimentos Realizados:

1) Sutura 25cm EV	3) Sutura 25cm EV	06:50
1) Sutura 25cm EV	4) Sutura 25cm EV	06:50
	5) Sutura 25cm EV	06:50

Prescrição de Medicamentos:

#C1 - Oligo ATP e analgésico	
2) Sutura 25cm EV	
3) Sutura 25cm EV	

Exames Solicitados:

CID Principal: S821

CID Secundária:

Saída do Atendimento: 2 - Alta do Episódio (S) Governador

Retorno (Dias):

Encaminhamentos: CREMEC 19043


ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente AILTON CARVALHO PAES necessita de 120 dia(s) de afastamento do trabalho, a partir desta data por motivo de doença.

CID: S822.OPERADO

FORTALEZA/CE, 20 de August de 2019

VALTERNO.
CRM/CE 6193


Dr. Valterno P. Almeida
Médico
CRM/CE 6193



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Ailton CARVALHO PAFS
AVDO Mendo.

Atento ao o parente de
foi informado e inscrito
na Futura de o
do parente Epale
Fili 1/ Futura em
consolidação.

depto exila de
p 120 (untp untp
dis S 822

39/10/18

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza - CE/CEP 60.810-000
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandesstavora.com.br
E-mail: hospitalfernandesstavora@gmail.com

Valterno Pinheiro
Tribunação

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA HELENA GOMES PAES
End. Loteira: RUA JOAO ALFREDO, 167, VILA VELHA
Cidade: FORTALEZA
End. Entrega:
Cidade:
Lote: 001 | Inter-subst.: 054 | Quadra: 0102 | Lote: 0228 | Carga: 0000
Subst.: 00

RECONHECIMENTO

Residência: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A18N222985	236	244	8	13

DATAS

Leitura Atual: 11/01/2020
Leitura Anterior: 11/12/2019
Emissão: 11/01/2020
Próxima Leitura: 11/02/2020
Lacre Água: 14795
Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	558	556	558	558	558
Em conformidade	555	552	534	537	558

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2019, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	40,30	jan/19	15	12
ESGOTO	35,68	fev/19	16	12
MULTA DE 2%	2,01	mar/19	0	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,13	abr/19	18	14
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TAR.	0,40	mai/19	20	16
JUROS/MULTA TARIFA CONT	0,02	jun/19	12	9
		jul/19	12	9
		ago/19	11	8
		set/19	15	12
		out/19	12	9
		nov/19	19	15
		dez/19	13	10

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSIDIO	Valor (R\$)
PIS	0,75	VALOR DO SERVIÇO	79,34
COFINS	3,75	VALOR DO SUBSIDIO	0,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	78,54

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/2020	04/02/2020	78,54

PARA PAGAR SUA FATURA

1:356344093721464 L:8066 N:11:06:13 R:058 P:001

Barra

Dados

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
NORDESTE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental 0800 283 1919. Demais localidades: ABCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará 0800 275 0195. Ouvidoria estadual 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou pela Devonair da Cagece: 3101 1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.

Consórcio de Saneamento
Esgoto e Água Potável
SANTO AMARANTE

155
SANTO AMARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 328 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/02/2020 10:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2019 04:30:00**
Endereço da Ocorrência: **LGO JACAREQUARA, JACAREQUARA - SIUPE SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**
Ponto de Referência: **LOTEAMENTO ROYAL VILLE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **AILTON CARVALHO PAES**
Nascimento: **05/12/1977** CPF: **UF:**
RG: **94014087586** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA IOLANDA CARVALHO PAES**
HELIO DA SILVA PAES
Endereço: **RUA JOÃO ALFREDO, 162**
Bairro: **VILA VELHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.352-550**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98599-1495**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **POA8548** Uf: **CE** Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE**
Chassi: **9C2KD0810HR207869** Renavam: **1133425175** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIA CLAUDIA S MARQUES**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa AILTON CARVALHO PAES, CNH:05295258512 que na data e local seguia pilotando sua moto de marca/modelo HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano/mod2017, cor vermelha, placa POA-8548, quando um veículo não informado pelo declarante colidiu na traseira de sua moto vindo este a cair ao solo; Que segundo o declarante foi encontrado desacordado por pessoas que estavam em uma festa próximo ao local do acidente; Que segundo o declarante a ambulância do SAMU 192 CEARÁ foi acionada e o mesmo foi trazido para o Hospital de São Gonçalo e por volta de 11h30 foi transferido para o IJF- Instituto Doutor José Frota onde passou por procedimento cirúrgico; Que segundo o declarante após cinco dias foi transferido para o Hospital FERNANDES TAVORA onde passou por outro procedimento cirúrgico; Que o declarante teve fratura exposta na TÍBIA ESQUERDA E NA FÍBULA TEVE FRATURA INTERNA, Que nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

SOLANGE ROCHA DE CASTRO - MAT.: 300250-1-6
ESTADO DO CEARÁ

DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

Gerado em: 07/02/2020 10:30:38

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA METROPOLITANA
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE
RUA JOÃO ALFREDO, 162 - VILA VELHA - FORTALEZA - CE - 60.352-550
TEL: (85) 3115-4000

Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
Impresso nº 2020112617



BOLETIM DE Ocorrência N° 548 - 328 / 2020

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Wilton Rangel

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIZ CARLOS DE ARAÚJO DANTAS - MAT.: 14404-1-1

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE
RUA DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE - 14404-1-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 787.321.733-49 4 - Nome completo da vítima: Ailton Carnevalho Paes

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

5 - Nome completo: Ailton Carnevalho Paes 6 - CPF: 787.321.733-49
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua João Alfredo 9 - Número: 162 10 - Complemento:
11 - Bairro: Bela Zolha 12 - Cidade: Sorocaba 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13522-550
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (51) 98781-6626

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:

☒ RECLUSO 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: 1035 CONTA: 74659 8 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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,

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (ou nascos)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 10/07/2021, 09:00

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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):

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: ☒ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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,

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vairasor)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101190

Vítima: AILTON CARVALHO PAES

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON CARVALHO PAES

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\$ 4.725,00

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: AILTON CARVALHO PAES

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001035

Conta: 0000074659-8

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**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: 3200101190
Nome do(a) Examinado(a): Ailton Carvalho Paes
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Joao Alfredo, 162
Vila Velha Fortaleza CE CEP: 60352-550
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 91914987586
Data local do acidente: [11/08/2019]
Data local do exame: [12/03/2020] FORTALEZA [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
Data da Alta: 04/03/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III, PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR E MODERADO DE EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
SEQUELA FUNCIONAL MODERADA E ANATÔMICA DO MEMBRO PELA DEFORMIDADE, PELA PERDA PARCIAL DOS MOVIMENTOS, PELA ALTERAÇÃO DO TÔNUS, DO TROFISMO E DA MARCHA.
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" | () "Sem sequela permanente" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

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

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou 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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101190

Vítima: AILTON CARVALHO PAES

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), AILTON CARVALHO PAES

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, 09 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200101190

Vítima: AILTON CARVALHO PAES

Data do Acidente: 11/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), AILTON CARVALHO PAES

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

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: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON CARVALHO PAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01035

CONTA: 000000074659-8

Nr. da Autenticação 176A4A7AFC563ED6

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101190 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARVALHO PAES **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 X - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101190 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARVALHO PAES **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 X - SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0080591/20

Vítima: AILTON CARVALHO PAES

CPF: 787.304.733-49

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 11/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON CARVALHO PAES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

AILTON CARVALHO PAES : 787.304.733-49

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 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: 04/03/2020
Nome: AILTON CARVALHO PAES
CPF: 787.304.733-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/03/2020
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

AILTON CARVALHO PAES

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200101190 **Cidade:** São Gonçalo do Amarante **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON CARVALHO PAES **Data do acidente:** 11/08/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E DA FÍBULA ESQUERDAS

Descrição do exame físico: CLAUDICAÇÃO COM O AUXÍLIO DE MULETAS. MEMBRO INFERIOR COM FORÇA GRAU III, PÉ RODADO EXTERNAMENTE, BLOQUEIO GRAVE DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR E MODERADO DE EVERSÃO E INVERSÃO DO PÉ.

Resultados terapêuticos: REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DATA DA ALTA: 04/03/2020

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/03/2020

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 MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00