

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 EVERSAO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: AILTON CARVALHO PAES

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

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 TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
HELIOS CARVALHO PAES



DOC. NACIONAL / CAR. NACIONAL
94014067586 SSP CE

CH 787.304.733-49 DATA NASCIMENTO
05/12/1977

PAIS/AVÔ
HELIOS DA SILVA PAES

MARIA IOLANDA CARVALHO
PAES

PERMISSÃO: SEC. CACHAS.
AB

NP. NACIONAL
05295258512

VALIDADE
24/06/2020

1^ª HABILITAÇÃO
02/09/2011

INSTRUÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

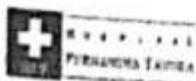
LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
15/07/2015

Helio Carvalho Paes
HELIOS CARVALHO PAES
ASSINATURA DO EMISSOR

51114320135
CE148190383

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Alesto, 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 PRIMÉRIO
CRM/CE 6193



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

AITON CARVALHO MFS
AVD. MENS.

Atéto p/ o paciente que
foi admitido e encaminhado
na Fábrica de ouro
de Belo Horizonte
Felicí a Fábrica em
exemplar.

Letto exame de
p/ 120 (cento e vinte
dias) S 822

39/10/18

Instituto Clínico da Fortaleza S/C Ltda
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE/CNPJ 60.310.000-0001-00
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Walterino Pinto
Fernandes Távora

Modelo 4

DADOS DO CLIENTE

Nome: MARIA HELENA VIEIRA FARIAS
 End. Lote/rua: Rua 2000 ALFREDO - 162 - VILA VELHA
 Cidade: FORTALEZA
 End. Entrega:

CEP: 60352-550

Celular:

CEP:

Cidade:

Local:

Logradouro:

Número:

Bairro:

CEP:

Logradouro:

Número:

Bairro:

Cidade:

Local:

Logradouro:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE
Impresso nº 2020112617



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **94014087586**
 RG: **94014087586** Orgão Emissor: **SSP**
 Filiação: **MARIA IOLANDA CARVALHO PAES**
HELIOS DA SILVA PAES
 Endereço: **RUA JOÃO ALFREDO, 162**
 Bairro: **VILA VELHA**
 Município: **FORTALEZA/CE**
 País: **BRASIL**

CEP: **60.352-550**
 Telefone: **(85) 98599-1495**

Dados da(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 CEARA 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 TIBIA ESQUERDA NA FÍBULA TEVE FRATURA INTERNA, Que nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE
 RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *P/ Solange*

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

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

DELEGACIA DE POLÍCIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE



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 Paiva

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIZ CARLOS DE ARAÚJO DANTAS - MAT.: 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: 4 - Nome completo da vítima: *Altino Carvalho 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: <i>Altino Carvalho Paes</i>	6 - CPF: 187.341.733-49		
7 - Profissão: <i>Retirante</i>	8 - Endereço: <i>Rua João Alfredo</i>	9 - Número: 162	10 - Complemento: <i>Sortelega</i>
11 - Bairro: <i>Sortelega</i>	12 - Cidade: <i>Sortelega</i>	13 - Estado: CG	14 - CEP: 60352-550
15 - E-mail: <i></i>		16 - Tel (DDD): (55) 95751-6626	

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:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: *1035* CONTA: *14659 8*
 (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *1035* CONTA: *14659 8*
 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (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.

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENCIAS 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 Lider 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, informar Vivos: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou nascituro (viveram)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Fortaleza, 20 de outubro de 2020*

Altino Carvalho Paes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 4 - Nome completo da vítima: *Altino Carvalho 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: <i>Altino Carvalho Paes</i>	6 - CPF: 187.341.733-49		
7 - Profissão: <i>Retirante</i>	8 - Endereço: <i>Rua João Alfredo</i>	9 - Número: 162	10 - Complemento: <i>Sortelega</i>
11 - Bairro: <i>Sortelega</i>	12 - Cidade: <i>Sortelega</i>	13 - Estado: CG	14 - CEP: 60352-550
15 - E-mail: <i></i>		16 - Tel (DDD): (55) 95781-6626	

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:

RECUZO 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)

AGÊNCIA: *1035*

CONTA: *14659*

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(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.

22 - DECLARAÇÃO DE ALIENCIAS 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 Lider 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, informar Vivos: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (viveram)? 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 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.

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Fortaleza, 20 de outubro de 2020*

Altino Carvalho Paes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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, 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, 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



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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 EVERSAO E INVERSAO DO PÉ.

- IV. Nexo de causalidade: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo

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

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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



Dr. Greive Freitas Cavalcante

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050

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

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, 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

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, 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: 00000074659-8

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

Valorização 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2019

Titular do CPF: AILTON CARVALHO PAES

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

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 EVERSAO 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