

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 08 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009861**

**Vítima: IGOR VIEIRA DE LIMA**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), IGOR VIEIRA DE LIMA**

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](http://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, 14 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200009861**

**Vítima: IGOR VIEIRA DE LIMA**

**Data do Acidente: 29/09/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), IGOR VIEIRA DE LIMA**

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009861**      **Vítima: IGOR VIEIRA DE LIMA**

**Data do Acidente: 29/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IGOR VIEIRA DE LIMA**

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\$ 3.543,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda integral (retirada cirúrgica) do baço 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

**Recebedor: IGOR VIEIRA DE LIMA**

**Valor: R\$ 3.543,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000000288-7**

**Conta: 00000183704-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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

Atenciosamente,



# 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: 056.541.543-38 4 - Nome completo da vítima: *Igor Vieira de Lima*

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>Igor Vieira de Lima.</i>  |              |                    |
| 6 - CPF:                          | 056.541.543-38               |              |                    |
| 7 - Profissão:                    | 8 - Endereço:                | 9 - Número:  | 10 - Complemento:  |
| <i>autônomo.</i>                  | <i>Rua Maria Jose</i>        | <i>1502</i>  |                    |
| 11 - Bairro:                      | 12 - Cidade:                 | 13 - Estado: | 14 - CEP:          |
| <i>Jabuti</i>                     | <i>Flautanga</i>             | <i>EE</i>    | <i>61.880-000.</i> |
| 15 - E-mail:                      | <i>55imperial1@gmail.com</i> |              |                    |
| 16 - Tel. (DDD): (85) 9.8422.3357 |                              |              |                    |

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:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00       | <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00         |

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *0988* CONTA: *183704* (4)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

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 soniente 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 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 (o) Civil  Divorciado  Separado judicialmente  Vínculo:  Outro

24 - Grau de Parentesco com a 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 nasceu (vai nascer)?  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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**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: 3200009861  
Nome do(a) Examinado(a): Igor Vieira de Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Maria Jose, S/N  
Jabuti Itaitinga CE CEP: 61880-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2006014195768  
Data local do acidente: [ 29/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 16/01/2020 ] Fortaleza [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DE GALEAZZI PUNHO DIREITO  
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO  
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO**

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

**Tratamento: LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA PARCIAL. OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO RÁDIO.  
FEZ FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: 18/12/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E MODERADO DE SUPINAÇÃO DO PUNHO.  
CICATRIZ XIFOPUBIANA.**

- 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:

**PARDA ANATÔMICA PARCIAL DO BAÇO.**

**SEQUELA FUNCIONAL GRAVE DO PUNHO 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 sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**PUNHO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**BAÇO ( RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA )**

% 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)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**  
CPF - 558.900.833-68  
CRM/CE - 9050



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 208 - 1710 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **20/11/2019 16:04:19**  
Data / Hora da Ocorrência: **29/09/2019 03:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **ROD BR 116 CEP: 61.880-000, PEDRAS - ITAITINGA/CE**  
Ponto de Referência: **ALTURA KM 17**

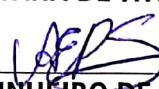
**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **IGOR VIEIRA DE LIMA**  
Nascimento: **25/11/1993** CPF: **056.541.543-38**  
RG: **2006014185768** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA**  
**IVAN BRITO DE LIMA**  
Endereço: **AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA, 1521**  
Bairro: **JABUTI**  
Município: **ITAITINGA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8789-6433**

**Histórico**

Afirma o declarante que no dia local e horário acima mencionado estava como ocupante do automóvel fiat Punto Atractive placa OCG 2636/CE Cor cinza RENAVAM 348287410 CHASSI 9BD118181C1166888 ANO 2011/2012 licenciado em nome de FRANCISCO NÁCÉLIO MONTEIRO ALVES, este era o condutor, que juntamente com os dois estavam mais dois amigos, o grupo estava voltando da cidade de Fortaleza no sentido Itaitinga, quando na altura do km 17, próximo a SEFAZ o condutor do veículo ficou sonolento e por está com muito sono veio a bater o veículo no meio fio, que em seguida capotou, que após conseguir sair do veículo o declarante ligou para familiares que compareceram até o local do acidente e em seguida foram socorridos para o Instituto José Frota-IJF, onde o declarante deu entrada com as seguintes queixas: escoriação frontal, dor nas costas, trauma no punho D, sangramento no joelho E, que está registrando o fato para fins DPVAT e irá a PEFOCE realizar exame de corpo de delito (já emitiu e pagou DAE) OBS: POR MOTIVO DE LESÃO NO braço direito o declarante colocará como assinatura neste boletim de ocorrência somente a digital. E nada mais disse

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**   
**ANTONIA EDINEIDE PINHEIRO DE SOUSA - MAT.: 301198-3-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** 

**VISTO DO DELEGADO(A) :**   
**WILSON LIMA CAMELO - MAT.: 3012233X**

# 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: 056.541.543-38 4 - Nome completo da vítima: *Flor Vilela de Lima*

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>Flor Vilela de Lima.</i>  |              | 6 - CPF:          | 056.541.543-38                       |
| 7 - Profissão:     | 8 - Endereço:                | 9 - Número:  | 10 - Complemento: | <i>autônomo.</i> Rua Maria Jose 1502 |
| 11 - Bairro:       | 12 - Cidade:                 | 13 - Estado: | 14 - CEP:         | <i>Jabuti</i> Itatinga 61.880-000    |
| 15 - E-mail:       | <i>55imperial1@gmail.com</i> |              |                   |                                      |

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:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$ 1.000 A R\$ 1.000,00      | <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA       | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 5.000,00         |

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: *Bradesco*

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 soniente 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 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 (o) Civil  Divorciado  Separado judicialmente  Vínculo:  (Informar o dígito se existir)

24 - Grau de parentesco com a 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  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

Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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, 07 de Januário de 2020.*

*1902 para 07/01/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.543,75

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

CLIENTE: IGOR VIEIRA DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00288-7

CONTA: 000000183704-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO24012020050000000002370028800000183704354375 PAGO

2328470

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438  
de 26 de abril de 2002

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima  
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | N° 003217385

IT107U02

Rota MARIA LUCIENE VIEIRA

Nome RU MARIA JOSE, 01502, JABUTI, 61880-000, ITAITINGA

Endereço

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligaçao Monofásico

Referência 07/2019

## ÁREA RESERVADA AO FISCO

EBBE069E77BCE865125F7C73CF66D8FB

## DATAS DE LEITURA

Anterior 12/05/2019

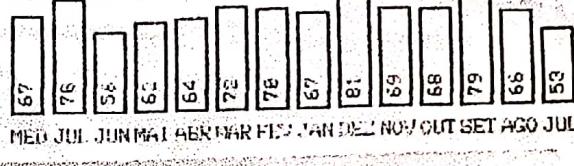
Atual 15/07/2019

Próxima prevista 15/08/2019

P.F.: 30 dias

Emissão 15/07/2019  
Medidor 2395044-NAN-270

## ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



## DADOS DA MEDAÇÃO

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Fat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| HEP   | 28.992      | 28.914         | 1,00   | 78                | 78                  | 78                 | 0,76103          | 59,36       |

## DADOS DO FATURAMENTO

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC  
CONSUMO  
JUROS  
ADICIONAL BAND. AMARELA  
BONUS ITAIPU

## TARIFA

## VALOR (R\$)

|       |
|-------|
| 4,80  |
| 59,36 |
| 2,52  |
| 0,73  |
| -0,65 |

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS     | 60,09       | 27,00         | 16,21        |
| PIS      | 60,09       | 0,62          | 0,36         |
| COFINS   | 60,09       | 2,86          | 1,71         |

22/07/2019

66,76

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

320 382 673-91

Scanned by CamScanner

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 29/09/2019 04:52:05

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                      |                           |                     |               |                         |
|----------------------|---------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|
| CNS: 700909927012892 | NOME: IGOR VIEIRA DE LIMA |                     |               | Registro: 5637865       |
| CPF: 05654154338     | RG:                       | D. NASC: 25/11/1993 | ESTADO CIVIL: | SEXO: M RAÇA/COR: Parda |

NOME DA MÃE: MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA NOME DO PAI: IVAN BRITO DE LIMA

|                     |                       |                      |          |                |
|---------------------|-----------------------|----------------------|----------|----------------|
| TIPO DE LOGRADOURO: | ENDERECO DO PACIENTE: | MARIA JOSE           | Nº: 1502 | BAIRRO: JABOTI |
| COMPLEMENTO:        | TELEFONE: 986129748   | MUNICÍPIO: ITAITINGA | UF: CE   | CEP: 61880000  |

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

|                                    |                 |                     |
|------------------------------------|-----------------|---------------------|
| NOME: MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA | PARENTESCO: MAE | TELEFONE: 986129748 |
|------------------------------------|-----------------|---------------------|

**ACIDENTE DE TRABALHO**

|                  |                   |                     |                  |
|------------------|-------------------|---------------------|------------------|
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | COSIDO DO CNAER: |
|------------------|-------------------|---------------------|------------------|

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro), Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda

QUEIXAS: ESCOREAÇAO FRONTAL, DOR NAS COSTAS, TRAUMA NO PUNHO D, SANGRAMENTO NO JOELHO E, APOS CAPOTAMENTO

OBSERVAÇÕES:

**SINAIS VITAIS**

|                                   |                         |                                    |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica | Escala de Dor: Moderado | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

**ATENDIMENTO MÉDICO**

Anamnese:

CD DE PROTOCOLO - 10  
DATA 29/10/2019

Exame Físico:

TELHO SISTEMA e-SUS

DATA 29/10/2019

Conduta:

MATRÍCULA: SI0CC

Márcia Rejane  
Pereira de Moraes

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: IGOR VIEIRA DE LIMA

Idade: 25 ano(s) 11 mes(es) e 4 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5637865

Endereço: MARIA JOSE, Nº: 1502

Bairro: JABOTI

Num: 1502 CEP: 61880000

UF: CEARÁ

Cidade: ITAITINGA

**Localização**

Clinica: UNIDADE 17

Enfermaria: 173

Leito: 1719

Internação 01/10/2019

18:12

Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Cancelada

Não

**Relatório**

Tipo de Saída: Alta

**Resumo Clínico**

FRATURA DE GALEAZZI DE PUNHO DIREITO EM 29/09/19. CIRURGIA EM 25/10/19 DR RENATO. MARCAR RETORNO  
AMBULATORIO DR RENATO EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS

**Exames Realizados**

vide prontuário

**Terapêutica Utilizada**

CIRURGIA EM 25/10/19 DR RENATO.

**Sequelas Apresentadas****Diagnóstico**

S62 - FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO

### DIAGNÓSTICOS

| Principal | Código | Descrição                                       |
|-----------|--------|---|
| Sim       | S62    | FRATURA AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO              |
| Não       | S360   | TRAUMATISMO DO BACO                             |
| Não       | J90    | DERRAME PLEURAL NAO CLASSIFICADO EM OUTRA PARTE |
| Não       | S354   | TRAUMATISMO DE VASO SANGUINEO RENAL             |
| Não       | S411   | FERIMENTO DO BRACO                              |

**Condições de Alta**

Melhorado

Data Programada da Alta: 29/10/2019

**Observações Complementares**

\* Não Informado \*

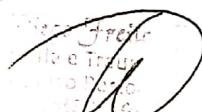
**Responsável**

Médico: DIEGO FREITAS FÉLIX

Data: 29/10/2019

### CIRURGIA

| Cod        | Tipo                 | Data             | Descrição   | Profissional               |
|------------|----------------------|------------------|---|----------------------------|
| 0408020407 | Procedimento Eletivo | 25/10/2019 17:50 | TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO | RENATO FERNANDES FONTENELE |



## Resumo de alta

NOME: IGOR VIEIRA DE LIMA

LEITO: 1719

DATA DE 29/09/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 29/10/2019

BE/PRONT: 5637865

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 25

DIAGNOSTICOS: Fratura do antebraço, parte não especificada (OPERADA)

CONDUTA FRATURA DE GALEAZZI DE PUNHO DIREITO EM 29/09/19. CIRURGIA

DECIDIDA EM 25/10/19 DR RENATO. MARCAR RETORNO AMBULATORIO DR  
RENATO EM 15 DIAS - RETORNAR ANTES SE INTERCORRENCIAS

LESAO:

STAFF QUE

OPEROU NA

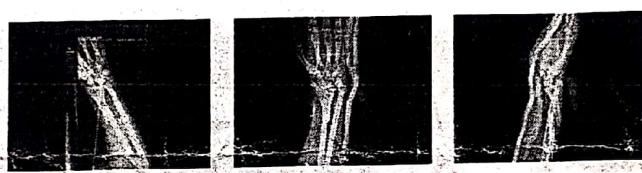
EMERGENCIA:

STAFF DO STAFF

LEITO: INDEFINIDO

RESIDENTE RESIDENTE

DO LEITO: INDEFINIDO

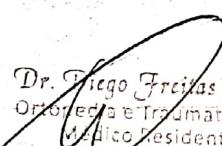


## Mapa de Cirurgias

| Dias                                 | Int. | #     | Hora | Leito             | Staff | Residentes | Material   | Observação | Status da marca |
|--------------------------------------|------|-------|------|-------------------|-------|------------|--|------------|-----------------|
| MAPA DO DIA 25/10/2019 - Sexta-Feira |      |       |      |                   |       |            |  |            |                 |
| 30                                   | 1    | 13:30 | 1719 | RENATO<br>FONTELE |       |            | PEQUENOS FRAGMENTOS<br>CONVENCIONAIS + FIOS DE K 2,0 E<br>2,5CX BASICA TO PARA MMSS + CX<br>PEQUENOS FRAG + FIOS K 1,5 MM<br>E 2,0 MM + INTENSIFICADOR DE<br>IMAGENS + KIT BASICO: CX<br>OSTEOTOMOS, MARTELLO, CURETAS<br>E SACABOCADO + TREPANO<br>PNEUMATICO MACON |            | REALIZADA       |

FRATURA DO ANTEBRAÇO, PARTE NÃO ESPECIFICADA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)

 Ma  
po  
Di.  
FF  
F  
27  
20  
17

 Ass.:   
 Dr. Diego Freitas Felix  
 Ortopedia e Traumatologia  
 Médico Residente  
 CRM/CE: 10800

 Retornar dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ para  
 Dr. \_\_\_\_\_

Data: 29/10/19

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: 5637865 - IGOR VIEIRA DE LIMA

Sexo: Masculino Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 22 Data de Nascimento: 25/11/1993

Num: 1502

Endereço: MARIA JOSE, Nº: 1502

Cidade: ITAITINGA

Bairro: JABOTI

UF: CEARÁ

CEP: 61880000

## SITUAÇÃO ATUAL

Criticidade: Não Destino: UNIDADE 17(Traumatologia)

Avaliação de risco ESEL11: 11 - 17 = Grau I - Cuidados mínimos - CM

NECESSIDADE DE VIGILÂNCIA E CUIDADOS: Pacientes fisiologicamente estáveis requerendo cuidados mínimos de enfermagem.

Nível de prioridade: ---

Apache II: ---

**Historico clínico** Paciente admitido neste hospital, no dia 29/09/19, trazido pelo SAMU vítima de acidente automobilístico do tipo capotamento de carro. Apresentou-se consciente e orientado, com dor abdominal, irritação peritoneal e FAST+ (líquido livre em peritôneo no espaço hepatorrenal, fundo de saco e espaço esplenorenal, cerca de 400 ml e hematoma esplênico medindo 05 cm). Além disso, apresentava escoriação frontal, dorsalgia, trauma no punho direito e sangramento no joelho. Foi avaliado pela TO, identificada fratura fechada diafisária de antebraço direito e feita tala axilo-palmar, devendo retornar à TO após alta da cirurgia geral. Foi submetido à laparotomia exploradora, cujos achados foram hemoperitôneo (400 ml), lesão esplênica grau III e hematoma em retroperitoneo em zona I e II à esquerda. Realizado esplenectomia parcial (preservando polo superior) com revisão de hemostasia. Paciente evolui estável clínica e hemodinamicamente, afebril, diurese e evacuações fisiológicas.

CID10 (Principal): S360 TRAUMATISMO DO BACO

Cuidados paliativos: Não (Nenhum) Em acompanhamento SCP: --- Reunião familiar: ---

Definidas medidas de limitação de suporte: Não

Realizar RCP  Não intubar  Não iniciar hemodiálise  Não iniciar DVA  
 Não iniciar ATB de Amplo Espectro  Limitar a solicitação de Exames  Não encaminhar à UTI

**SSVV**

FC: 76

FR: 18

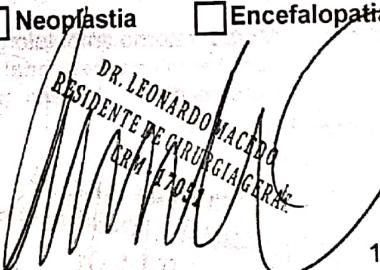
PA: 110/70

SPO2: 100%

T: 36°C

## ANTECEDENTES

Comorbidades:

|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> DPOC   | <input type="checkbox"/> Sequela AVC           |
| <input type="checkbox"/> Imunossupressão      | <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca | <input type="checkbox"/> DAC  | <input type="checkbox"/> Cardiopatia congênita |
| <input type="checkbox"/> Doença neuromuscular | <input type="checkbox"/> Hepatopatia            | <input type="checkbox"/> Neoplasia  | <input type="checkbox"/> Encefalopatia crônica |
| <input type="checkbox"/> Displasia pulmonar   | <input type="checkbox"/> Outros: ---            | <br>DR. LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ<br>CRM 11031<br>RESIDENTE DE CIRURGIAGERAL |  |

Alergias: Não Quais? ---

Diálise: Não

Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ

17/10/2019 11:3

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

## RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Número: 5637865 - IGOR VIEIRA DE LIMA

Sexo: Masculino Idade: 25 ano(s) 10 mes(es) e 22 Data de Nascimento: 25/11/1993

Endereço: MARIA JOSE, Nº: 1502

Bairro: JABOTI

CEP: 61880000

Num: 1502

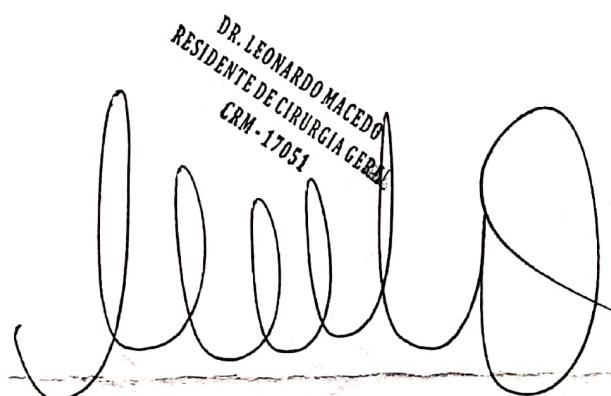
Cidade: ITAITINGA

UF: CEARÁ

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Cadeira de rodas



DR. LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ  
RESIDENTE DE CIRURGIA GERAL  
CRM-17051

Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ

3

17/10/2019 11:35

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
IGOR VIEIRA DE LIMA



DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF

2006014185768 SSP

CE

CPF

056.541.543-38

DATA NASCIMENTO

25/11/1993

FUNÇÃO

IVAN BRITO DE LIMA

MARIA LUCIENE VIEIRA  
DE LIMA

PERMISSÃO

ACC

CALHAR

AD

Nº REGISTRO

05948231878

VALIDADE

09/11/2022

1º HABILITAÇÃO

05/12/2013

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Igor Vieira de Lima*

CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO / CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO

14/12/2017

*Igor Vasconcelos Ponte*

ASSINATURA DO EMISSOR

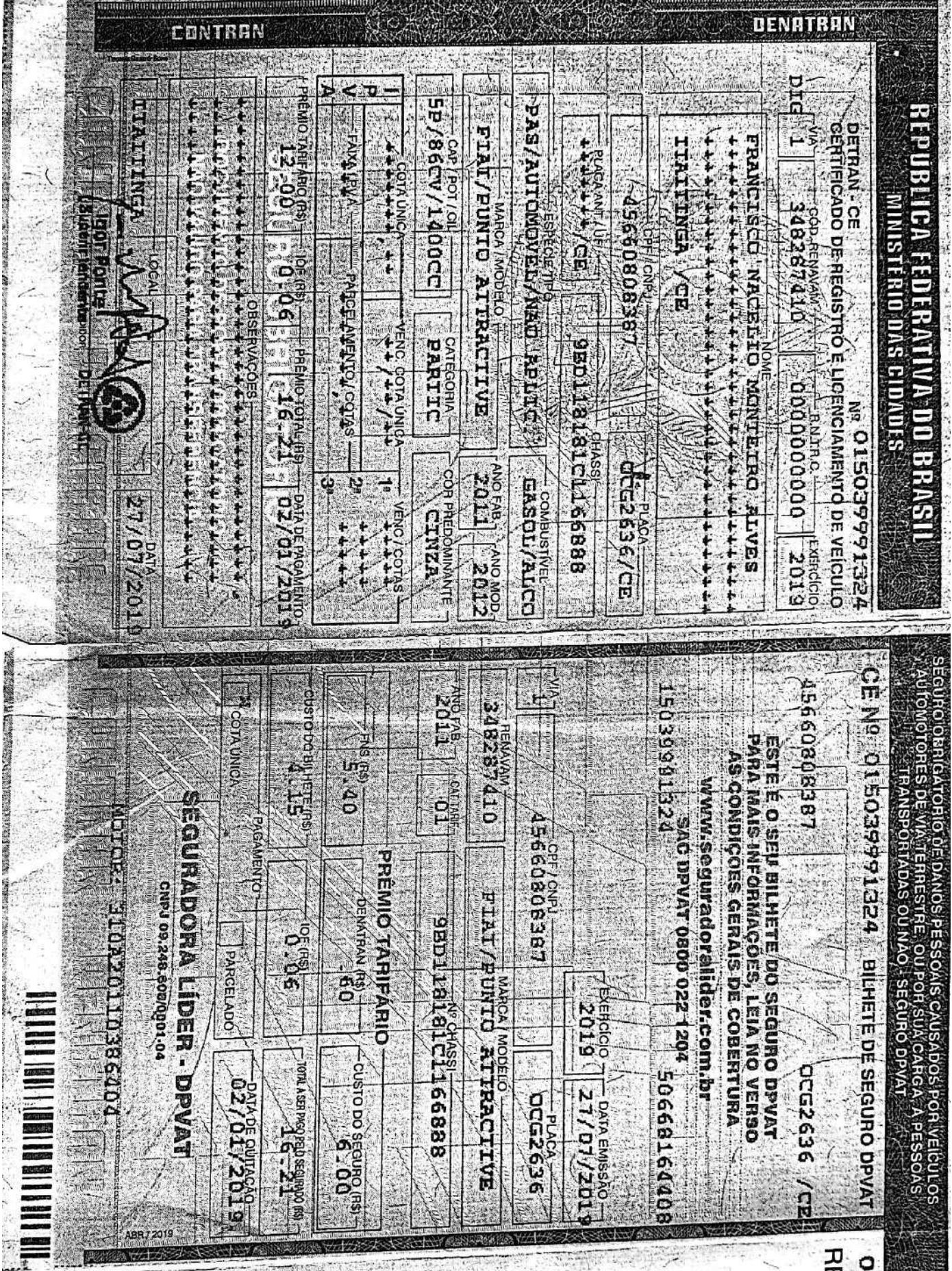
46748886605

CE162234295

CEARÁ

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1551361727

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1551361727



RECEBIO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

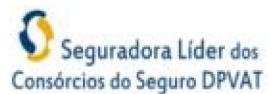
015039991324

0262636  
CÓD. RENAVAM  
348287410

237820/27

Scanned by CamScanner

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008940/20

**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**CPF:** 056.541.543-38

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2019

**Titular do CPF:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**IGOR VIEIRA DE LIMA : 056.541.543-38**

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: 08/01/2020  
Nome: IGOR VIEIRA DE LIMA  
CPF: 056.541.543-38

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

IGOR VIEIRA DE LIMA

ALANA DA SILVA DE MATOS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009861      **Cidade:** Itaitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 29/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI PUNHO DIREITO  
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO  
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E MODERADO DE SUPINAÇÃO DO PUNHO. CICATRIZ XIFOPUBIANA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO BAÇO ( RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/01/2020

**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 |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%         | R\$ 2.531,25          |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   | 10 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 7,5%           | R\$ 1.012,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>26,25 %</b> | <b>R\$ 3.543,75</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009861      **Cidade:** Itaitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 29/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI PUNHO DIREITO  
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO  
TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA BLOQUEIO GRAVE DE FLEXO-EXTENSÃO E MODERADO DE SUPINAÇÃO DO PUNHO. CICATRIZ XIFOPUBIANA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO PUNHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO BAÇO ( RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 16/01/2020

**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 |
|---|--|--|----------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%         | R\$ 2.531,25          |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   | 10 %   | Em grau intenso - 75 %                               | 7,5%           | R\$ 1.012,50          |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>26,25 %</b> | <b>R\$ 3.543,75</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009861      **Cidade:** Itaitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 29/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI À DIREITA  
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA PARCIAL ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%         | R\$ 1.687,50          |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   | 10 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 5%            | R\$ 675,00            |
| <b>Total</b>                                  |  |  | <b>17,5 %</b> | <b>R\$ 2.362,50</b>   |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200009861      **Cidade:** Itaitinga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA      **Data do acidente:** 29/09/2019      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI À DIREITA  
TRAUMA ABDOMINAL FECHADO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LAPAROTOMIA EXPLORADORA COM ESPLENECTOMIA PARCIAL ALTA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** X SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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

| <b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>            | <b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b> | <b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b> | <b>% Apurado</b> | <b>Indenização pelo dano</b> |
|---|---|---|------------------|------------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 %  | Em grau médio - 50 %  | 12,5%            | R\$ 1.687,50                 |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   | 10 %  | Em grau médio - 50 %  | 5%               | R\$ 675,00                   |
| <b>Total</b>                                  |   |   | <b>17,5 %</b>    | <b>R\$ 2.362,50</b>          |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008940/20

**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**CPF:** 056.541.543-38

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2019

**Titular do CPF:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**IGOR VIEIRA DE LIMA : 056.541.543-38**

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: 08/01/2020  
Nome: IGOR VIEIRA DE LIMA  
CPF: 056.541.543-38

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020  
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS  
CPF: 067.348.933-75

---

IGOR VIEIRA DE LIMA

---

ALANA DA SILVA DE MATOS