

---

**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

---

**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



**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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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: Igor Vieira de Lima. 6 - CPF: 056.541.543-38.  
7 - Profissão: Autônomo. 8 - Endereço: Rua Maria Jose 9 - Número: 1502 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Jabuti 12 - Cidade: Itatinga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.880-000.  
15 - E-mail: Ssimplicio.1@gmail.com. 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0388 CONTA: 183704 (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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Estado civil do representante legal: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: Fortaleza, 07 de Janeiro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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

Número do Sinistro: 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim      ( ) Não

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

☒ (X) Sim      ( ) Não

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

**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 seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Seqüela):

**PUNHO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Seqüela):

**BAÇO ( RETIRADA CIRÚRGICA - ESPLENECTOMIA)**

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

Região Corporal (Seqüela):

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

Região Corporal (Seqüela):

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

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

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



**Dr. Greive Freitas Cavalcante**

CPF - 558.900.833-68

CRM/CE - 9050





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE ITAITINGA  
Impresso nº 2019843859



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 RENAVAL 348287410 CHASSI 9BD118181C1166888 ANO 2011/2012 licenciado em nome de FRANCISCO NÁCELIO 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: 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: Igor Vieira de Lima 6 - CPF: 056.541.543-38  
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua Maria Jose 9 - Número: 1502 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Jabuti 12 - Cidade: Itatinga 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.880-000  
15 - E-mail: Ssimplicio.1@gmail.com 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:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (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: 0388 CONTA: 183704 4  
(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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

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

34  
Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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: Fortaleza, 07 de Janeiro de 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

BRDESCO2401202005000000000023700288000000183704354375 PAGO



2328470

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

enel

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº

003217385

IT107U02

Referência 07/2019

Rota

Nome MARIA LUCIENE VIEIRA

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

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão

15/07/2019

Medidor

2395044-NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO

E8BE069E77BCE065125F7C73CF66D9FE

P.F.: 33 dias

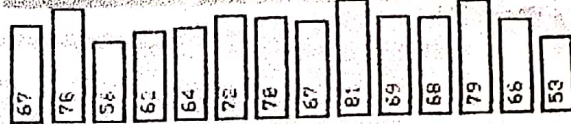
DATAS DE LEITURA

Anterior 12/06/2019

Atual 15/07/2019

Próxima prevista 13/08/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)



MED JUL JUN MAI ABR MAR FEB JAN DEZ NOV OUT SET AGO JUL

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	20.992	20.914	1,00	78	00	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
0,76103	59,36
-	2,52
0,00936	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



**Registro de Atendimento Emergencial**

Por: MÁRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

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:	ENDEREÇO 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: ESCOREAÇÃO 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:							
Exame Físico:							
Conduta:							
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

## Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada  
Não

## 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  
 PARA CADA 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	FONTENELE		PEQUENOS FRAGMENTOS CONVENCIONAIS + FIOS DE K 2.0 E 2.5CX BASICA TO PARA MMSS + CX PEQUENOS FRAG + FIOS K 1,5 MM E 2,0 MM + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

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

 Me  
 po  
 Di.  
 FF  
 Fi  
 27  
 20  
 17

 Dr. Diego Freitas Felix  
 Ortopedia e Traumatologia

Ass.:

Médico Residente

CRM: 19800

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.

Gravidade de prioridade: ---

Apache II: ---

## Histórico 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 peritônio no espaço hepatorenal, fundo de saco e espaço esplenohepático, 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 hemoperitônio (400 ml), lesão esplênica grau III e hematoma em retroperitônio 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 Ampla 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:

☐ Hipertensão arterial ☐ Diabetes ☐ DPOC ☐ Sequela AVC  
☐ Insuficiência cardíaca ☐ DAC ☐ Cardiopatia congênita  
☐ Doença neuromuscular ☐ Hepatopatia ☐ Neoplasia ☐ Encefalopatia crônica  
☐ Displasia pulmonar ☐ Outros: ---

Alergias: Não Quais? ---

Díálise: Não

Médico: LEONARDO MACEDO DE QUEIROZ

1

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

Paciente: 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

Num: 1502

Bairro: JABOTI

Cidade: ITAITINGA

CEP: 61880000

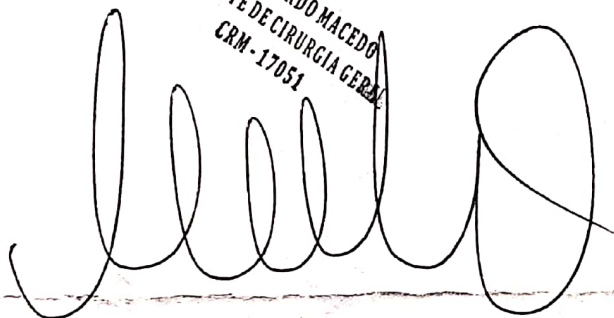
UF: CEARÁ

Pendência de pareceres: ---

Programação de transfusões: Não Quais? ---

Transporte: Cadeira de rodas

DR. LEONARDO MACEDO  
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 DATA NASCIMENTO  
**056.541.543-38 25/11/1993**

FILIAÇÃO  
**IVAN BRITO DE LIMA**  
**MARIA LUCIENE VIEIRA DE LIMA**

PERMISSÃO

ACC

CALHAR  
AD

Nº REGISTRO  
**05948231878**

VALIDADE  
**09/11/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**05/12/2013**

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Igor Vieira de Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**FORTALEZA, CE**

DATA EMISSÃO  
**14/12/2017**

*Igor Vasconcelos Ponte*  
IGOR VASCONCELOS PONTE  
ASSINATURA DO EMISSOR

**46748886605**  
**CE162234295**

**CEARÁ**

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1551361727**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1551361727**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
Nº 015039991324  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
DIG 1 348287410 0000000000 2019

NOME FRANCISCO NACELIO MONTEIRO ALVES  
ITAITINGA / CE

CPF/CNPJ 45660808387 PLACA DCE2636/CE

PLACA ANT. UF \*\*\*-\*\*-\*\*/CE CLASS 9BD118181C1166888

PAS/AUTOMÓVEL/NAO REPETIC COMBUSTIVEL GASOL/ALCO

ESPECIE TIPO MARCA / MODELO FIAI/PUNTO ATTRACTIVE ANO FAB 2011 ANO MOD 2012

CAP / POT / OIL 5P/86CV/1400CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE CINZA

VENO COTA UNICA 1º 2º 3º  
VENO COTAS 1 2 3

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) 12.00 IOE (R\$) 0.06 PRÊMIO TOTAL (R\$) 16.21 DATA DE PAGAMENTO 02/01/2019

OBSERVAÇÕES

ITAITINGA LOCAL DATA 27/07/2019

IGOR FORTES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CEN Nº 015039991324 BILHETE DE SEGURO DPVAT

45660808387 DCE2636 /CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204 50668164408

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/07/2019

CPF/CNPJ 45660808387 PLACA DCE2636

RENAVAM 348287410 MARCA / MODELO FIAI/PUNTO ATTRACTIVE

ANO FAB 2011 ANO MOD 01 Nº CLASS 9BD118181C1166888

PRÊMIO TARIFARIO 5.40 IOE (R\$) 0.06 PRÊMIO TOTAL (R\$) 6.00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 CUSTO DO SEGURO (R\$) 6.00

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITACÃO 02/01/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.500/0001-04



015039991324  
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

ASSINATURA



DCE2636  
COD. RENAVAM 348287410  
237820/27

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008940/20

**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**CPF:** 056.541.543-38

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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

IGOR VIEIRA DE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75



# 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
Total			26,25 %	R\$ 3.543,75

# 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

**Valoração 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 bço	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# 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

**Valoração 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008940/20

**Vítima:** IGOR VIEIRA DE LIMA

**CPF:** 056.541.543-38

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**CPF de:** Próprio

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

## 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