

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444967 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 27/07/2018, EMITIDA PELO DR. CLAUDIO KARAN MIRANDA, CRM Nº 7442, DO HOSPITAL UNIMED FORTALEZA, NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444967 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY **Data do acidente:** 16/07/2018 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PÉ ESQUERDO (LISFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE. (VÍTIMA EM TRATAMENTO).

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: CONFORME DOCUMENTO MÉDICO, COM DATA DE 27/07/2018, EMITIDA PELO DR. CLAUDIO KARAN MIRANDA, CRM Nº 7442, DO HOSPITAL UNIMED FORTALEZA, NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ricardo de Oliveira Blanco".

Rio de Janeiro, 05 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**

Nº Sinistro: **3180444967**

Vitima: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**

Data do Acidente: **16/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180444967**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **16/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



00040474



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201821010



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4165 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/09/2018 12:06:37**

Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2018 18:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA RUBIA SAMPAIO**

Complemento: **C/AV. DOMINGOS OLÍMPIO**

Bairro: **FARIAS BRITO** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**

Nascimento: **02/04/1966** CPF: **247.307.773-87**

RG: **95008002360** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **ROMUALDA VERAS GUARANY**

JOSÉ GUARANY

Endereço: **AVENIDA E, 2ª ETAPA, 70**

Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**

Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.750-040**

País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-3057**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **OSK9307** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2ND1110ER012412 Renavam: **997272228** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**

Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**

Proprietário: **FRANCISCO PAULO V GUARANY** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a sua motocicleta de placa OSK9307 (acima descrita) quando de repente foi colidido por um ciclista e, com o impacto, o declarante perdeu o controle de seu veículo e veio a tombar ao solo, lesionando-se; QUE, mesmo com dores conseguiu chegar a sua residência e, no dia seguinte (17/07/2018), procurou por conta própria atendimento médico no Hospital da Unimed; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

24 SET. 2018

Impresso em: 24/09/2018 12:14:00

A55:



Paciente: 70507882 - FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY
Mãe:: ROMUALDA VERAS GUARANY
Data Nasc.: 02/04/1966 Sexo: Masculino
Carteira: 0630020053489446
Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 52 Anos 3 Meses 15 Dias
Atendimento: 5969249
Data Atendimento: 17/07/2018
Profissão:
Naturalidade:

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

17/07/2018 08:55

QUEIXA PRINCIPAL

ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

HDA

REFERE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM INDICADOR DA MAO DIR E EM ANTEPE ESQ. NEGA QUEIXAS EM OUTRAS REGIOES

DESCRIÇÃO DO EXAME FISICO

ESCORIACAO EM JOELHO ESQ, DOR A PALPAÇÃO DE ANTEPE ESQ E INDICADOR DA MAO DIR

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

DOR EM ANTEPE ESQ

CID: M255 - DOR ARTICULAR

*Hospital Universitário
Unimed Fortaleza
Confira com original*

*Victor Magalhães Callado
CRM 10.126/RQE 6341
Físico-Ortopedista - Especialista em Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho*

COMORBIDADES

- ASMA AVC HIPOTIREOIDISMO PNEUMOPATIA DPOC HAS HIPERTIREOIDISMO
 IRC DIABETES TABAGISMO CANCER OBESIDADE DOENCA CONTAGIOSA
 CARDIOPATIA ETILISMO OUTROS

CONDUTA

- ENCAMINHAMENTO MEDICAÇÃO IMAGEM LABORATORIO ALTA INTERNAÇÃO

DENGUE

- Sinal de Alarme Sinal de Choque Sangramento Espontâneo ou Comorbidades Prova do laço positiva

VICTOR MAGALHAES CALLADO

CRM: 10136

*Victor Magalhães Callado
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 10.126/RQE 6341*

LIBIA CORRETORA DE SEGUIMENTO

24 SET. 2018

ASS:



ATESTADO MÉDICO

Hospital Regional

www.unimedce.com.br | unimed.com.br

Av. Visconde do Rio Branco, 4.000

60055-172 Teuape, Fortaleza - CE

T. (85) 3277-7000

O(a) Sr(a) FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY compareceu a este hospital no dia 17/07/2018 às para CONSULTA MÉDICA.

Comunicamos também que o paciente deverá ficar afastado do trabalho/atividades por 15 dias a partir do dia 17/07/2018.

CID-10: S929

Autorizo de maneira livre e esclarecida a revelação do diagnóstico em CID-10 por fiel depositário.

Fortaleza, 17 de JULHO de 2018

Cliente: _____
Paciente ou Representante Legal

PEDRO RICARDO DE MESQUITA COUTINHO / CRM -
10876

Dr. Pedro Coutinho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna Vertebral
CRM - CE 10.876

SOC
OK

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 SET. 2018



Paciente: 70507882 - FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

Data Nasc.: 02/04/1966

Nome Social:

Idade: 52 Anos 3 Meses 25 Dias

Sexo: Masculino

Atendimento: 5983348

Carteira: 0630020053489446

Plano: MULTIPLAN APTO

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade: 6º NORTE

Leito: APTO 513

Data Doc.: 27/07/2018 13:03:21

Data de Internação: 26/07/2018

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 27/07/2018 13:05

RECEITA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente Francisco Paulo Veras Guarany foi submetido em 26/07/2018 a tratamento cirúrgico de fratura-luxação do pé esquerdo, fixado com 04 parafusos.

Tem previsão de 120 (cento e vinte) dias de recuperação. Assim, solicito licença médica (auxílio-doença).

Cid 10: S92

Dr. Claudio Karan
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica e do pé
CRM/MEC 7442 TEOF 11847

CLAUDIO KARAN MIRANDA

CRM: 7442

27/07/2018 13:03:20

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 SET. 2018

ASS: _____

Paciente: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**

Idade:	52 anos, 3 meses e 15 dias	Prontuário:	70507882
Setor:	EMERGENCIA 24H - ADULTA	Status/Sexo:	U / M
Solicitante:	VICTOR MAGALHAES CALLADO	Data do Exame:	17/07/2018 09:25:00
Atendimento:	5969249	Ac.Number:	3243481
Pedido:	2689589	Data Nascimento:	02/04/1966 00:00:00

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ ESQUERDO

Indicação Clínica: Fratura em base do 2º pododactilo a esq.

Técnica: Realizado exame do pé esquerdo, sem a administração do produto de contraste endovenoso sob a técnica Multislice.

LAUDO:

- Fratura multifragmentar acometendo os ossos cuneiformes (medial e intermédio) e a base do 2º metatarso com pequenos desalinhamentos corticais.
- Múltiplos traços de fraturas sem desalinhamento cortical significativo na base do 4º metatarso.
- Esclerose e cistos subcondrais na superfície articular társica e superfície articular distal do 1º metacarpo.
- Demais estruturas ósseas visíveis com contornos corticais, densidade e trabeculação normais.
- Espaços articulares conservados.
- Não são notadas massas nos tecidos moles.
- Planos músculo-gordurosos preservados.
- Entesófito calcâneo-plantar.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA

24 SET. 2018

Dr(a).FRANCISCO EVALDO DE OLIVEIRA
CRM: 6226

O presente exame é um método auxiliar, que somente poderá ser interpretado por seu médico assistente, dentro do contexto clínico"

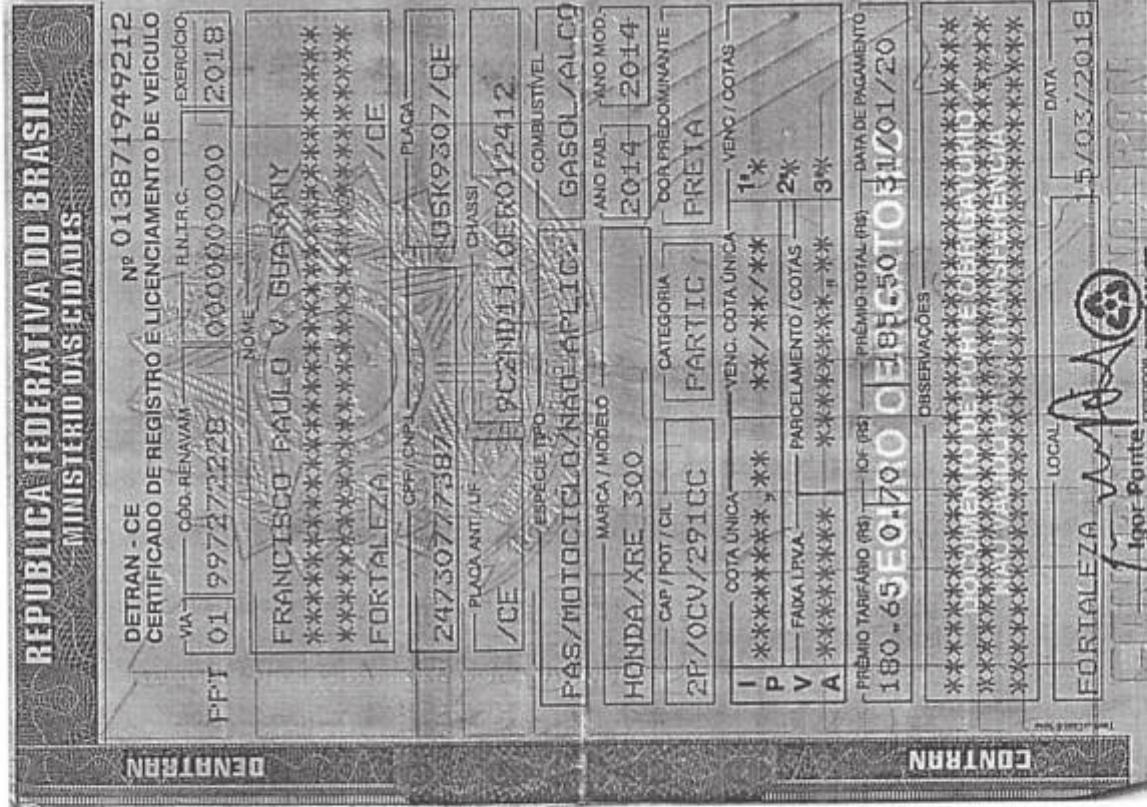
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT

2-100-001100 Prentiss



LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 SET. 2018



BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

24 SET. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350438/18

Vítima: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

CPF: 247.307.773-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/07/2018

Titular do CPF: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY : 247.307.773-87

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY
CPF: 247.307.773-87

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 201821010

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4165 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/09/2018 12:06:37**

Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2018 18:00:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA RUBIA SAMPAIO**

Complemento: **C/AV. DOMINGOS OLÍMPIO**

Bairro: **FARIAS BRITO** Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO PAULO VERAS GUARANY**

Nascimento: **02/04/1966** CPF: **247.307.773-87**

RG: **95008002360** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **ROMUALDA VERAS GUARANY**

JOSÉ GUARANY

Endereço: **AVENIDA E, 2ª ETAPA, 70**

Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**

Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.750-040**

País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98602-3057**

Dados do(s) Veiculo(s)

1) Placa: **OSK9307** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2ND1110ER012412 Renavam: **997272228** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2014**

Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**

Proprietário: **FRANCISCO PAULO V GUARANY** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a sua motocicleta de placa OSK9307 (acima descrita) quando de repente foi colidido por um ciclista e, com o impacto, o declarante perdeu o controle de seu veículo e veio a tombar ao solo, lesionando-se; QUE, mesmo com dores conseguiu chegar a sua residência e, no dia seguinte (17/07/2018), procurou por conta própria atendimento médico no Hospital da Unimed; Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

24 SET. 2018

Impresso em: 24/09/2018 12:14:00

A55: _____

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

247.307.773.87

Nome completo da vítima

FRANCISCO PAULO VERRAS GUARAOY

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO PAULO VERRAS GUARAOY	CPF titular da conta 247.307.773-87	Profissão VEDEDOR
Endereço AV. E,	Número 700	Complemento 2 ^a ETAPA
BAIRRO PREFEITO JOSE WALTER	Cidade FORTEALEZA	Estado CEARA
Email pauloverrasguaraoxy@gmail.com	CEP 60750-090	Telefone (DDD) (85) 98602-3057

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 |

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
NRO.

3466

D/V

CONTA
NRO.

00021812-

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

Fortaleza, CE, 24 de SETEMBRO de 2018 24 SET. 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal