



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 432 - 6075 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: 18/12/2019 08:41:07
Data / Hora da Ocorrência: 22/09/2019 02:00:00
Endereço da Ocorrência: ROD BR020, KM 337 - CAMPOS BELOS
CARIDADE/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA**
Nascimento: 13/12/1992 CPF: 045.889.053-76
RG: 20072335496 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE
Filiação: **MARIA DO SOCORRO ALMEIDA SILVA**
JOSE PEREIRA PAIVA
Endereço: **RUA JOTA PINTO, 682**
Bairro: **ALTO DO MOINHO**
Município: **CANINDE/CE**
País: **BRASIL** CEP: **CEP: 85**
Telefone: **(85) 9669-7157**

Histórico

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citado sofreu acidente de trânsito no endereço supramencionado: QUE era condutor do veículo Marca/Modelo: VW/GOL CL MC, ANO/MOD.2014/2015, COR preta, Placa: OSQ4850 Número Chassi: 9BWAB45U4FP519611, RENAVAM: 1205194832, Proprietário: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA; Que estava trafegando na BR 020 vindo de fortaleza destino a Canindé quando próximo a Campos Belos em Caridade-CE perdeu o controle da direção de seu veículo; Que o declarante afirma que o carro colidiu com um barranco; Que afirma que não lembra muito do ocorrido e que acredita que tenha sido por conta da pancada na cabeça, todavia se que se recorda que foi atendido por populares que o levaram até a UPA em Canindé, e de lá foi encaminhado, no mesmo dia ao acidente, para o Hospital São Francisco em Canindé-CE; Que no Hospital São Francisco fizeram um RAIO X e foi constatado uma deformidade na coluna cervical; Que o declarante foi encaminhado para Emergência da Unimed (em Fortaleza-CE) e lá constataram uma fratura na c5 (cervical); Que o declarante verbaliza que ficou internado por 5 (cinco) dias; Que foi expedido exame de corpo delito; Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes ANTONIO KLECIO SILVA ABREU Identidade funcional 30854867 (PMCE) e FABIANA CANDIDO VENANCIO RG 2003015080485 SSPDSCE, E NADA MAIS DISSE, ///////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RIVANDA BENEVIDES CAVALCANTE - MAT.: 30119371



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CEARÁ
Impresso nº 2019025346



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 432 - 5075 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: + Ygor Almeida Pava

VISTO DO DELEGADO(A): DANIEL ARAGÃO MOTA - MAT.: 300591-1-5

Endereço: 345100
Paciente...: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
Solicitante...: Dr.(a) JOAO PAULO DE V MATTOS
Data.....: 24/09/2019
Exame.....: 524658 RM COLUNA CERVICAL
Convênio...: UNIMED

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

MÉTODO

Exame realizado com a técnica Spin-Echo e Turbo Spin-Echo com imagens multiplanares em T1 e T2. Realizadas, também, sequência T1 pós contraste sem saturação de gordura (devido a artefatos do aparelho ortodontico).

ANÁLISE

Exame realizado em caráter de urgência.

Transição crâniovertebral habitual.

Sinais de fratura do corpo vertebral de C5, com aparente encunhamento/redupão da altura somática na sua porção anterossuperior, cuja avaliação óssea é melhor realizada através da Tomografia Computadorizada.

Associam-se sinais de edema ósseo em C5 e retrópulsão sobre o muro posterior, bem como abaixamento discal difuso neste nível (C5-C6) tocando a face ventral do seco dural e discretamente assimétrico, maior à esquerda, insinuando-se à base foraminal deste lado, porém sem sinais de estenose foraminal. Há, também, sinais de redução da altura discal, fissura linear do anel fibroso e leve edema do ligamento longitudinal anterior nesta topografia.

Destaca-se, ainda, mínimo hipersinal em T2\STIR da medula espinhal no nível C5-C6, que pode estar relacionado ao evento traumático. Diâmetro anteroposterior do canal vertebral neste topograma de 1,0 cm.

Questiona-se, ainda, aparente traço de descontinuidade cortical nas apófises espinhosas de C6 e D1.

Demais corpos vertebrais com alinhamento sagital posterior e altura somática preservadas.

Sinais de desidratação discal no nível C2-C3, sem redução da altura discal.

Articulações uncovertebrais de aspecto habitual.

Demais discos intervertebrais com morfologia e intensidade de sinal preservadas.

Canal vertebral e forames intervertebrais com amplitudes preservadas nos segmentos avaliados.

Musculatura paravertebral com morfologia e sinal normais.


Dr. TIAGO CASTELLO B. LYRA
Médico Radiologista
CRM - 13888

FICHA DE REFERÊNCIA

1. PREENCHER ESTA FICHA EM ITENS
 2. AO TERMINAR A CONSULTA OU TRATAMENTO
 ENTREGAR 2 (DUAS) VIAS AO USO
 DE ENCAMINHAMENTO PARA RETORNAR COM 1º
 UNIDADE DE ORIGEM.

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

MUNICÍPIO: _____

nome: forá Ippen Almeida Paim

PRONTUÁRIO N°:

SEXO: F M

DATA DE NASCIMENTO: 13/01/51

OCCUPAÇÃO: _____

ENDERECO: _____

BAIRRO: _____

FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

Painel que eu tenho, dor de cabeça, se for apertado e dor
nas costas, náuseas. Pode ser náuseas de radiografia
RESULTADO DE EXAME(S): exame de gás de manôlogista.

CONSULTA JÁ REALIZADA:

Analgesia.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Dra. Tânia Coelho

CRM: 20594

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

21/09/19

HORA

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL

HOSPITALAR

AUXÍLIO DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO: radiografia

PROFISSIONAL: Dra. Tânia Coelho

UNIDADE DE REFERÊNCIA: 77

DATA: 21/09/19

HORA:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA(*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO N°: _____

ALTA: 1

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO:

RESULTADO DO(S) EXAME(S):

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM NÃO O MOTIVO DA REFERÊNCIA CONCORDOU COM O DIAGNÓSTICO? SIM NÃO

ASSINATURA DO CONSULTANTE - N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

**Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Estado do Ceará
Coordenadoria de Medicina Legal
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé**

LAUDO PERICIAL

2019.0056592

Natureza do exame: Lesão Corporal (DPVAT)

Referência: B.O: - 432-5075/2019

Documento solicitante: Guia - 2131/2019

Órgão solicitante: Delegacia Regional de Canindé



LAUDO PERICIAL

Número: 2019.0056592

Lesão Corporal (DPVAT)

Páginas: 2/2

No dia 20 de Dezembro de 2019, no Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Canindé da Coordenadoria de Medicina Legal da Perícia Forense do Estado do Ceará, em Canindé-CE, pelo Coordenador(a) Sr(a) Francisco Hugo Leandro, foi designado o(a) perito(a) Dr(a) Eugênio Sávio Couto Pinheiro para proceder exame de Lesão Corporal (DPVAT), a fim de atender à solicitação do(a) Delegado Regional de Canindé da acordo com o(a) Guia de número 2131/2019, descrevendo com a verdade todas as circunstâncias que encontrar, descobrir ou observar, e responder o(s) quesito(s) formulado(s).

DADOS:

SOLICITAÇÃO: 76386

ENVOLVIDO(S):

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

PARECER:

HISTÓRICO: Periciando relata ter sofrido acidente de trânsito "capotamento". Fato ocorrido em 22/09/2019 por volta das 2h. Informa ter sofrido fratura óssea a nível cervical. No momento sem queixas. Faz xerox de relatório médico datado de 11/12/2019 carimbado e assinado pelo Dr. Alander Sobreira Vanderlei CRM 10374, Neurocirurgião, o qual informa: Paciente sofreu acidente no dia 22/09/2019 com traumatismo raque medular, com fratura compressiva de C6, sem compressão medular, sem deficit neurológico, vem em tratamento conservador com uso de colar cervical com controle radiológico evidenciando boa consolidação da fratura. Paciente de alta neuroológica, liberado a retornar suas atividades laborativas a partir de Janeiro de 2020, CID S12.2. Faz xerox de resultado de exame pericial da Coordenadoria de Perícia Médica do Governo do Estado do Ceará datado de 21/11/2019 assinado eletronicamente por José Nazareno de Paula Sampaio, o qual informa licença de 60 dias a partir do dia 21/11/2019. **AD EXAME FÍSICO:** No momento não se verificam, extamente, lesões de interesse médico-legal. Paciente sem queixas.

QUESITOS:

- 1) Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?
- 2) Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do Art. 3º ou do anexo da Lei 5194/74.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

Resposta ao 1º) Sim.

Resposta ao 2º) Fratura compressiva de C6 (cervical 6) sem danos permanentes.

27 de Dezembro de 2019



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA **JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA**DATA DO ACIDENTE **22/09/2019** CPF DA VÍTIMA **045.889.053-76**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDERECO DO PORTADOR **RUA J PINTO, 682**
Bairro: PALESTINA - CANINDE

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL). OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA **11/02/2020**NOME **Anderson Silva**ASSINATURA **Analista DPVAT**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056263/20

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

CPF: 045.889.053-76

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2019

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA : 045.889.053-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/02/2020
Nome: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA
CPF: 045.889.053-76

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva
CPF: 063.066.023-99

JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Antonia Daniella Ferreira da Silva

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200069167

Vítima: JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Data do Acidente: 22/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE YGOR ALMEIDA PAIVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

