

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180480407

**Cidade:** Maracanaú

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**Data do acidente:** 08/08/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta intra-articular e cominutiva da diáfise distal do úmero direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 140°, extensão aos 30°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação lateral aos 50°, presença de atrofia no segmento. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, pronação aos 10°, supinação aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta intra-articular e cominutiva da diáfise distal do úmero direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 08/08/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com colocação de fixador externo por 45 dias e posterior fixação de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro superior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional parcial e incompleta do membro superior direito, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos úmero radial e ulnar, e escapulo umeral.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/02/2019

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180480407 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO **Data do acidente:** 08/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**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.

## 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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

Outros

## 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](http://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: 17/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180480407 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO **Data do acidente:** 08/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO E/OU INTERNAMENTO, INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO.
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## 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

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

**Número do Sinistro:** 3180480407

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**CPF:** 485.892.503-00

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 04/02/2019  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**CPF:** 485.892.503-00

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO QUEIROZ FILHO : 485.892.503-00**

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](http://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: 11/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

**Número do Sinistro:** 3180480407

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**CPF:** 485.892.503-00

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## 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](http://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: 22/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

\_\_\_\_\_  
FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

\_\_\_\_\_  
LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Nº Sinistro: 3180480407

Vitima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Data do Acidente: 08/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480407**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13483449





Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
Nº Sinistro: 3180480407  
Vitima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
Data do Acidente: 08/08/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480407**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13488693



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
Nº Sinistro: 3180480407  
Vitima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
Data do Acidente: 08/08/2018  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180480407**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 10 de Janeiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180480407**

**Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO**

**Data do Acidente: 08/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO QUEIROZ FILHO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180480407                      Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Data do Acidente: 08/08/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Data do Acidente: 08/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000038789-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

485.892.503-00

Nome completo da vítima

Francisco Amiroz Filho

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Francisco Amiroz Filho		CPF titular da conta 485.892.503-00	Profissão Autônomo
Endereço Rua - São Francisco		Número 16	Complemento
Bairro Pacatuba	Cidade Pacatuba	Estado Paraná	CEP 61800-000
Email			Telefone (DDD) 85.991.47.7500

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**

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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 Nº:	DV	CONTA Nº:	DV
3281		38789	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

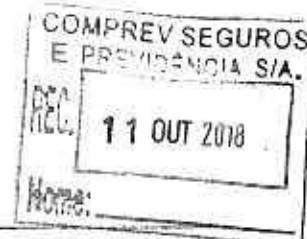
☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		Nº
AGÊNCIA Nº:		DV
CONTA Nº:		DV
(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.

Localiza 09 de Outubro de 2018

Local e Data



Francisco Amiroz Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018133542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1495 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **05/10/2018 15:23:21**  
Data / Hora da Ocorrência: **08/08/2018 06:35:00**  
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 4 ANEL VIARIO**  
Complemento:  
Bairro: **ALTO ALEGRE** Município: **MARACANAU/CE**  
Ponto de Referência: **SALDÃO RABELO**

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCO QUEIROZ FILHO**  
Nascimento: **24/06/1974** CPF:  
RG: 99020031687 Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **JUDITH GONÇALVES PAIVA**  
**FRANCISCO ANASTACIO DE QUEIROZ**  
Endereço: **RUA SAO FRANCISCO, 16**  
Bairro: **BOM RETIRO**  
Município: **PACATUBA/CE**  
País: **BRASIL**

Telefone: **8670-1411****Histórico**

O noticiante compareceu em dia e hora acima descritos e relatou que vinha transitando como garupeiro na rodovia do 4 anel viário na motocicleta de RENAVAL: 342386654 Número Chassi: 9C2KC1670BR599007 Placa: OCH4075 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Ano de Fabricação: 2011 Ano do Modelo: 2011 Cor: VERMELHA no sentido Caucaia quando na altura da loja do Saldão da Rabelo, colidiu com um veículo de RENAVAL: 569255830 Número Chassi: 9BGKS69B0EG179859 Placa: ORY9505 Marca/Modelo: CHEV/PRISMA 1.0MT LT Ano de Fabricação: 2013 Ano do Modelo: 2014 Cor: CINZA que avançou a preferência fazendo com o que condutor da motocicleta viesse a bater na lateral do automovel. Nada mais disse e nem lhe foi consultado.

O noticiante apresentou todos os documento necessários, que ficarão anexados ao B.O. nesta delegacia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

EDSON SILVA MACEDO - MAT.: 301190-4-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL

Consolidado em: 05/10/2018 15:55:05

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/10/2018 15:55:05



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



**Impresso nº 2018133542**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 14957/2018**

**IRANILDO DA SILVA LIMA - MAT.: 30122577**



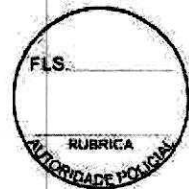






**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



**Impresso nº 2018133542**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 14957/2018**

**IRANILDO DA SILVA LIMA - MAT.: 30122577**



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Almeida Filho

CPF da Vítima

485.892.503-00

Data do Acidente

08/08/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

85.991477500

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Portaliza, 09 de Outubro de 2018

Local e Data

Francisco Almeida Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao **Sr. FRANCISCO QUEIROZ FILHO**, portador do RG n.º 99020031687, SSP-CE, inscrito no CPF 485.892.503-00, no dia 08/08/2018, às 06h35, no município de Maracanaú-CE, no Anel Viário, Bairro Pajuçara, vítima de acidente tipo colisão entre carro e motocicleta, sendo o mesmo removido para **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 14 de setembro de 2018

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**



**3432864-5**

Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail acima sempre que entrar em contato conosco

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

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60125-340 | Fortaleza - CE  
CNPJ 07043251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**enel**

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 526501746

**Rota** 37 26012 50 012450 - 3 **Data de Emissão** 23/05/2018

**Nome** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**End. Postal** RU SAO FRANCISCO 00016  
PACATUBA - PACATUBA - 61800000

**Medidor** 10112206

**Posta** 0000 B88N

**Classe** 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA

**RG / CPF / CNPJ** 485892503-00

**CGF**

**Nome do Responsável**

**DATAS**

Mês da Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Maí/2018	23/06/2018	23/06/2018

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunta	Individual
DISC. 119	DISC. 119
Maí/2018	Maí/2018
27,00	27,00

**ICMS**

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
125,00	27,00%	33,75

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	30,88	41,72	1,00	1,33	0,00
FC	7,52	15,04	36,05	1,00	1,00	0,00
DMIC	5,58			1,33		

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

RJ09.3152.5000.FI06.3094.1089.8749.6053

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
355	185	1,00	179	0,00	30	0,4444	7,03
					78	0,4199	29,36
					79	0,4264	29,67
23/05/18	23/04/18		33,0192		179		36,39

**DESCRIÇÃO**

VALOR CONSUMO DO MES  
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079  
MULTA MORATORIA REF 02/2018  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL  
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA  
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,38)

**VALOR (R\$)**  
86,33  
10,45  
1,71  
20,39  
1,60

**DEBITO** 02/07/2018

**TOTAL** 120,48  
**POR (R\$)**

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Energia	32,51
Variação	3,25
Distribuição	18,53
Encargos Setoriais	4,07
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	36,98
TOTAL	95,34

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189
178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189

**CONSUMO CONSTATADO** 33,0192 kWh

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
11 OUT 2018



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA VALQUIRIA BARRIOS QUEIROZ,  
RG nº 99020031628, data de expedição 24/04/2012,  
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 893.775.513-20, com  
domicílio na cidade de PACATUBA, no Estado de  
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA SÃO FRANCISCO, nº 16,  
complemento BOM RETIRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima FRANCISCO QUEIROZ FILHO, cujo o condutor era  
ROMARIO DOS SANTOS PINHO.

Veículo: HONDA/CG 150 FAN EST

Modelo:

Ano: 2011/2011

Placa: OCH 4075

Chassi: 9C2KC16708R599007

Data do Acidente: 08/03/2018

Local e Data: maconha, 05/10/2018

Maria Valquiria Barrios Queiroz  
Assinatura do Declarante

Romario dos Santos Pinho

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013571155059  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: MAY201 COD. RENAVAM: 342386654 R.N.T.R.C.: 0000000000 EXERCÍCIO: 2018

MARIA VALQUIRIA BARROS QUEIROZ

MARACANAU/CE

89327551320

PLACA OCH4075

PLACA ANT. / UF: \*\*\*\*\*/CE

CHASSI: 9C2KC1670BR599007

FORNEC. TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL: GASOL/ALCO

MAQU. / MODELO: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 2011

CAP. / POT. / cil: 2P/0CV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

I	P	V	A	FAIXA RPVA	PARCELAMENTO / DOTAS	1ª VENC. / DOTAS	2ª	3ª
*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 180.65 IDP (R\$): 0.70 PREMIO TOTAL (R\$): 185.50 DATA DE PAGAMENTO: 01/06/2018

OBSERVAÇÕES:

MARACANAU

LOCAL

Assinatura: Igor Pontes

Assinatura: Igor Pontes

DATA: 01/06/2018

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

CE Nº 013571155059 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

89327551320

OCH4075

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

013571155059

67184149103

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 01/06/2018

VIA: 01 CPF / CNPJ: 89327551320 PLACA: OCH4075

RENAVAM: 342386654 MARCA: HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 09 CHASSI: 9C2KC1670BR599007

PRÊMIO TARIFÁRIO

01.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0.70 IDP (R\$): 0.70 CUSTO DO SEGURO (R\$): 185.50

PAGAMENTO: ☒ GOTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA: 01/06/2018

PROPRIETÁRIO: MARIA VALQUIRIA BARROS QUEIROZ LOTE/DOC: 0089327551320 MOTOR: KC16E7B599007



DOC. CONTRATO / ORIG. EMISSÃO DE: 2004099026653 SSP

CNPJ: 042.161.613-08 DATA MARCADA: 14/08/1987

RUA: FRANCISCO RODRIGUES PINEO MARIA VALAIA DOS SANTOS PINEO

TERMINO: 29/11/2018 DATA: 29/11/2017

IP: 06961.856577

SEM OBSERVAÇÃO.



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548671970

LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 30/11/2017

ASSINATURA: Francisco Rodrigues Pineo

CPF: 93746466374 CEB: 0160919452

CEARA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 17 OUT 2018



Paciente: FRANCISCO QUEIROZ FILHO Prontuário: 5574929

Data de Nascimento: 24/05/1973 Data da Internação: 08/08/18

Motivo da Internação:

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 17 LEITO: 11

Diagnóstico Principal: FRATURA UMERO DISTAL DIREITO

Diagnósticos Secundários:

Procedimentos Cirúrgicos: ( ) Não ( X ) Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta

PACIENTE 45ANOS VITIMA-DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM FRATURA EXPOSTA UMERO DISTAL DIREITO

25/09 DR CLODOALDO: OSTEOSINTESE FRATURA UMERO DIREITO

Comorbidades apresentadas:

☒ Alta Hospitalar

☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar: ORIENTACOES GERAIS/SINTOMATICOS/RETORNO AMBULATORIAL

Condições de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado

Retornar ao Ambulatório: ( ) Não ( X ) Sim Ambulatório: DR CLODOALDO Data: 15 DIAS

Data: 28 / 09 / 18

Assinatura do Médico / CRM

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

11 OUT 2018



DRA. THAIS MARIA FERREIRA ROCHA

Médica - CRM 19779

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: Francisco Queiroz Filho

Endereço: Rua São Francisco, casa 16 - Picoatuba

# LAUDO MÉDICO #

Paciente supracitado vítima de colisão moto x carro no dia 08/08/2018 sendo atendido pelo SAMU - Ceará e levado para o hospital IOF onde fez uso de fixador externo em cotovelo direito, e posteriormente, foi submetido a cirurgia ortopédica para colocação de placa e parafusos. Paciente evolui com dor e parestesia em membro superior direito, além de restrição da amplitude de movimento do membro e da mão direita, devido a dor refratária a analgésicos comuns. Realizou acompanhamento fisioterápico (20 sessões). Paciente com alta médica definitiva.

Fortaleza - Ce

04 de janeiro de 2019,

 Dra. Thais Rocha  
Médica  
CREMEC 19779



BRASIL

Serviços Barra GovBr

**Dados da Reclamação****Protocolo:**

2330856/2019

**Via:**

Internet

**Reclamada:**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.**Situação:**

Encaminhamento automático

**Data:**

04/02/2019 14:29:19

**Dados do reclamante****Segurado:**

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**UF:**

CEARÁ

**CPF/CNPJ:**

485.892.503-00

**Formas de contato****E-mail:**

denuncieaki123@gmail.com

**Endereço:**

RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779

**Bairro:**

CENTRO

**CEP:**

60.055-090

**Cidade:**

FORTALEZA

**Dados da denúncia****Assunto:**

Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Exigências abusivas

**Descrição sucinta dos fatos que geraram a sua insatisfação:**

Venho através desta reclamação, relatar insatisfação para com a SEGURADORA LÍDER. Foi cadastrado processo de invalidez sob sinistro 3180480407, onde foi enviado toda documentação exigida pela Seguradora Líder para o recebimento da indenização, acontece que a mesma está com exigências abusivas de documentação médica. Solicitando o envio de mais documentos médicos que descreva o grau das minhas lesões, sendo que dependo do SUS e de unidades públicas, onde obtive atendimento, os quais se recusam em fornecer um laudo atestando o grau de minha lesão, com alegação de ser função de um perito. Portando na qualidade de segurado, em que a LEI Nº 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974 com sua redação alterada pela Lei nº 11.945, de 2009 e pela Lei nº 11.482, de 2007), dispõe sobre a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO de DANOS PESSOAIS causados por veículos automotores, em que no seu Art. 3º e § 1º, preceitua que as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como TOTAL ou PARCIAL, em que no meu caso, encontro-me com sequelas devido este acidente, estando até hoje com dificuldades de movimentação devido esta lesão. SOLICITO que seja agendado de perícia médica, para devido pagamento referente a sequelas que fiquei em decorrência deste acidente, pois na qualidade de assegurado tenho direito, para não haver necessidade de uma interposição de um processo administrativo ou litígio judicial.

**O SAC da empresa foi acionado?**

Sim

**Documentos**

Tipo	Número
<b>Encaminhamentos</b> E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),  Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279,	<b>Atendente</b>  <b>Data</b> 04/02/2019 14:29:19

04/02/2019

Faça aqui sua Reclamação — SUSEP

de 30 de janeiro de 2013, requeremos analisar o pleito, abaixo, e responder diretamente ao interessado, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da data de recebimento desta comunicação.

Solicitamos, ainda, que, no caso de insatisfação do reclamante com a resposta dessa Ouvidoria, seja indicada a possibilidade de formalização de denúncia à


**Barra GovBr**




PROIBIDA PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polegar Direito



Assinatura do Titular  
*Francisco Queiroz Filho*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL / 99020031667

DATA DE EMISSÃO 15/10/2015

NOME FRANCISCO QUEIROZ FILHO

FILIAÇÃO FRANCISCO AMASTÁCIO DE QUEIROZ  
JUDITH GONÇALVES PATYA

RESIDÊNCIA PACATUBA - CE

DATA DE NASCIMENTO 28/06/1974

DOSS. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: NONGUBA TERMO: 0614 FOLHA: 215  
LIVRO: 8-03 PACATUBA - CE

ASSINATURA DO DETENTOR

2 VTA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 10

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

11 OUT 2018

**BRASIL**

**Serviços Barra GovBr**

**(HTTP://BRASIL.GOV.BR)**



**Ministério da Fazenda**

**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 485.892.503-00**

**Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO**

**Data de Nascimento: 24/06/1974**

**Situação Cadastral: REGULAR**

**Data da Inscrição: 15/12/1992**

**Digito Verificador: 00**



**Comprovante emitido às: 16:32:57 do dia 17/10/2018 (hora e data de Brasília).**

**Código de controle do comprovante: 0F95.58E1.0677.A7E1**



**Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"**  
**(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).**

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

**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: 3180480407

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua SÃO FRANCISCO, 16 Pacatuba/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 99020031687

Data e local do acidente: 08/08/2018 - Maracanaú/CE

Data e local do exame: 20/02/2019 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas: latitude: -3.73763 , longitude: -38.50979

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta intra-articular e cominutiva da diáfise distal do úmero direito.

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

Quadro clínico atual que demonstra evolução, após a realização de tratamento medicamentoso, cirúrgico com colocação de fixador externo por 45 dias e posterior fixação de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia. Conforme apurado através do exame físico e considerando que resta claro que as lesões se encontram consolidadas, seja através das informações prestadas ou pela avaliação da vítima, tem-se que as lesões diagnosticadas na fase aguda geraram sequelas permanentes no membro superior direito.

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 140°, extensão aos 30°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação lateral aos 50°, presença de atrofias no segmento. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, pronação aos 10°, supinação aos 20°, presença de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional parcial e incompleta do membro superior direito em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos úmero radial e ulnar, e escapulo umeral.

**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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequelas permanentes" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.


Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

  
Assinatura

Dr. Roberto Mendes Rodrigues  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM 61.008

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**FRANCISCO QUEIROZ FILHO : 485.892.503-00**

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](http://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: 11/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO


### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentos de identificação

Outros

### 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](http://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: 17/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### 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](http://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: 22/10/2018  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 08/01/2019  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00


\_\_\_\_\_  
FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

\_\_\_\_\_  
ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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 5194 / 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: 04/02/2019  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180480407

**Cidade:** Maracanaú

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**Data do acidente:** 08/08/2018

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura exposta intra-articular e cominutiva da diáfise distal do úmero direito.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 140°, extensão aos 30°, abdução aos 140°, adução aos 30°, rotação lateral aos 50°, presença de atrofia no segmento. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento. Ao exame físico do cotovelo esquerdo apresenta flexão aos 30°, extensão aos 30°, pronação aos 10°, supinação aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro superior esquerdo, em grau médio.

**Resultados terapêuticos:** Periciado apresentou como diagnóstico, no primeiro atendimento, considerado como fase aguda, fratura exposta intra-articular e cominutiva da diáfise distal do úmero direito, conforme documentos de pronto atendimento datados em 08/08/2018. Visando reduzir ou curar as sequelas naquele momento, realizou tratamento medicamentoso, cirúrgico com colocação de fixador externo por 45 dias e posterior fixação de placa e parafusos, e 20 sessões de fisioterapia. Após os aludidos tratamentos, foi identificado o quadro pós-traumático com melhora do seu quadro inicial. Atualmente, conforme relato do periciado e documentos apresentados, percebe-se que houve a alta médica, ou seja, que as lesões estão consolidadas. Apresenta sequelas permanentes conforme descrito no exame físico do membro superior direito. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas no estágio atual.

**Sequelas permanentes:** Perda funcional parcial e incompleta do membro superior direito, em grau médio, em razão da redução da amplitude de movimentos e força dos mecanismos úmero radial e ulnar, e escapulo umeral.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 20/02/2019

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180480407 **Cidade:** Maracanaú **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO **Data do acidente:** 08/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO ÚMERO DISTAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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.

## 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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

**Número do Sinistro:** 3180480407

**Vítima:** FRANCISCO QUEIROZ FILHO

**CPF:** 485.892.503-00

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO QUEIROZ  
FILHO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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](http://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: 08/01/2019  
Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO  
CPF: 485.892.503-00

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2019  
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA  
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA