

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 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.

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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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, INVÍABILIZOU ESTABELECER 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: RAIOS 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, DESCREVENDO 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 %

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/10/2018

Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Data do cadastramento: 22/10/2018

Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

CPF: 657.763.053-49

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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

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

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

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, 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 médica-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. 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

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, 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.

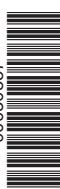
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445, 1.1**

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 Anízio Filho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Francisco Anízio Filho

CPF titular da conta

485.892.503-00

Profissão

Autônomo

Endereço

Rua - São Francisco

Número

16

Complemento

Bairro

Paratubá

Cidade

Paratubá

Estado

Paraná

CEP

61800-000

Email

Telefone (DDC)

85.99147.7500

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

DN

CONTA

NRO.

DN

3281

38789

3

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

DN

CONTA

NRO.

Nº

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Sortalha 09 de Outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Impresso nº 2018133542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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: **MARACANAÚ/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** CEP:
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 RENAVAM: 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 RENAVAM: 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 automóvel. Nada mal disse e nem lhe foi consultado.

O noticiante apresentou todos os documentos 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) :



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 20.º DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018133542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 120 - 1495 / 2018

IRANILDO DA SILVA LIMA - MAT.: 30122577





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DO 20. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2018133542

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 120 - 1495 / 2018

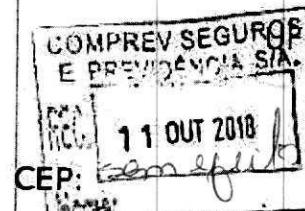
Dados da Ocorrência

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: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **SALDÃO RABELO**



Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO QUEIROZ FILHO**
Nascimento: **24/06/1974** CPF: **99020031687**
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 RENAVAM: 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 RENAVAM: 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 automóvel. Nada mal disse e nem lhe foi consultado.

O noticiante apresentou todos os documentos 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: *✓ 3*

VISTO DO DELEGADO(A) : *[Signature]*



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 N° 120 - 14957/2018

IRANILDO DA SILVA LIMA - MAT.: 30122577



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 pelo 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 <i>Francisco Amorim Filho</i>	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 (DDC) 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 atende 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.



Porto Seguro, 09 de Outubro de 2018

Local e Data

Francisco Amorim Filho

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



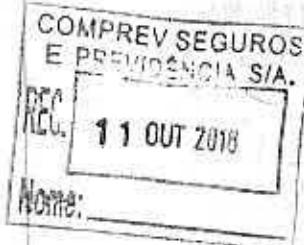
CERTIDÃO NARRATIVA

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 Percira 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



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA VALQUIMA BONOS QUIROZ

RG nº 99020031628, data de expedição 24/04/2012
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 893.275.513-20, com
domicílio na cidade de PACATUBA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA SÃO FRANCISCO, nº 16,
complemento BOM JESU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima FRANCISCO AURICÓZ FILHO, cujo o condutor era
BONIFÁCIO DOS SANTOS FILHO.

Véículo: MONDAO CG 150 FAN ESI

Modelo:

Ano: 2011 / 2011

Placa: OCH 4035

Placa: UCN 487
Chassi: 9C2KC16708R599007

Data do Acidente: 03/03/2018

Local e Data: maracanã, 05/12/2018

2002 Valeria Bazzano autore 3

Assinatura do Declarante

Romario dos Santos filho

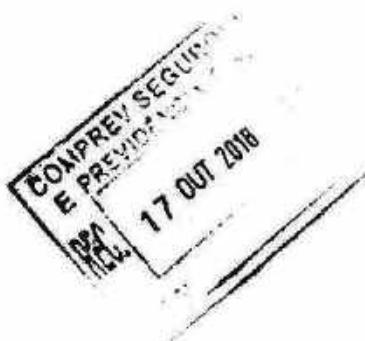
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

PORTER ALBUQUERQUE

~~ESTADO DA PARANÁ~~ a firma de

versão 5 de Outubro de 2010

1990-1991 Statistics Information



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - CE		Nº 01357115509	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA MAY01	CÓD. RENAVAM 342386654	R.N.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2018
MARIA VALQUIRIA BARROS QUEIROZ			

MARACANAU/CE			
CPF / CNPJ 89327551320		PLACA OCH4075	
PLACA ANTO DE *****/CE		CHASSI 9C2KC1670BR599007	
ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC.		COMBUSTIVEL GASOL / ALCO	
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI		ANO FAB. 2011	ANO MIG. 2011
CAT. POT. OIL 2P/UCV/149CC		CATEGORIA PARTIC	
VALORES / COTAS		VALORES / COTAS	
I P	*** COTA UNICA *****	VENC. COTA UNICA *****	VENC / COTAS 1º *****
V A	FAIXA / PVA ***	PARCELAGEM / COTAS *****	2º ***** 3º *****
PRÉMIO TABATÁRIO (R\$) 180.65		DEJURO 0.70	PRÉMIO TOTAL (R\$) 185.56
DATA DE PAGAMENTO 01/06/2018			
OBSERVAÇÕES *****			

LOCAL MARACANAU		DATA 01/06/2018	
Assinatura Igor Ronan Santander Brasil		Assinatura 01/06/2018	

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

CE Nº 013571155059 BILHETE DE SEGURO DPVAT

3918

OCH49075

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

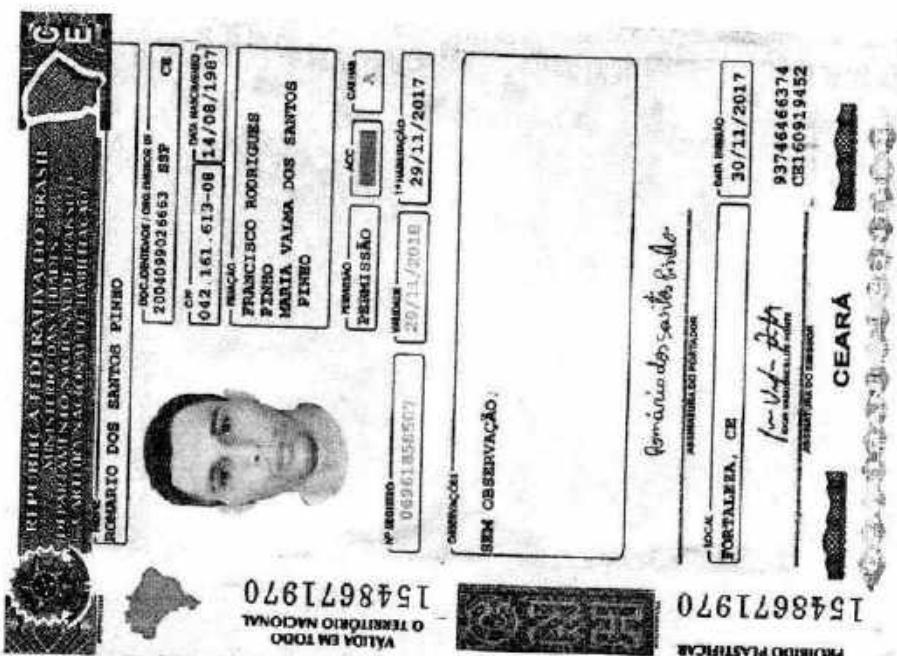
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

67184149103

— EXERCÍCIO — DATA EMISSÃO —
2018 01/06/2018

VIA:	CPF / CNPJ:	PLACA:
01	89327551320	OCH4075
RENAVAM:		MARCA / MODELO:
342306654		HONDA/CG 150 FAN ESI
ANO/FABR.:	DATA FABR.:	NO. CHASSI:
2011	09	9C2KC1670BR599007
PRÊMIO TARIFÁRIO:		
01.29	9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$): 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$):	0.70	185.80 (VALOR SEGURO R\$) -
PAGAMENTO:		01/06/2018
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	





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 Sim

Cirurgia(s) realizada(s):

Resumo de Alta

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

25/09 DR CLODOALDO: OS E OSSINTESE 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 Sim Ambulatório: **DR CLODOALDO** Data: **15 DIAS**

Data: **28 / 09 / 18**

Assinatura do Médico / CRM

JOMPREV 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 - Pocotuba
LAUDO MÉDICO

Paciente resarcido na última de colisão
moto x carro no dia 08/08/2018 sendo aten-
dido pelo SAMU - EEARÁ e levado para o
Hospital IOF onde fez uso de fixador exter-
no em ombro direito, e posteriormente, foi
submetido a cirurgia ortopédica para
colocação de placa e parafusos. Paciente
envolviu com dor eparestesia em membro
superior direito, além de restrição da
amplitude de movimento do membro e da
mão direita, devido a dor refletória
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



*Dados da Reclamação***Protocolo:**
2330856/2019**Situação:**
Encaminhamento automático**Via:**
Internet**Reclamada:**
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S.A.**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:**
denuncialeaki123@gmail.com**Endereço:**
RUA BARAO DO RIO BRANCO 1779**Bairro:**
CENTRO**CEP:**
60.055-090**Cidade:**
FORTALEZACOMPAGEM
E PESSOAL
04 FEV 2019*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 5ºº, 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 segurado 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
------	--------

Encaminhamentos	Atendente	Data
E-mail enviado para ouvidoria@seguradoralider.com.br Texto: Senhor (a) Ouvidor (a),		04/02/2019 14:29:19

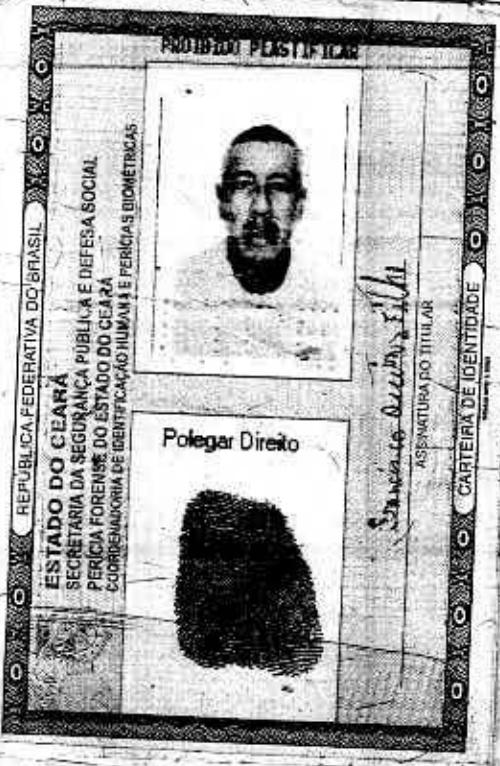
Considerando os termos da Resolução CNSP N.º 279,

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







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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

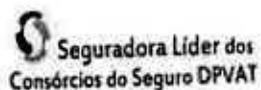
Membro Superior Esquerdo - Médio - 50%

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



Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedista, Traumatologista
CRM: 4109

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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 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

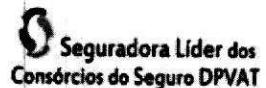
FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

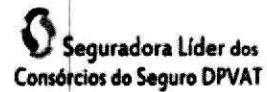
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2018
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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

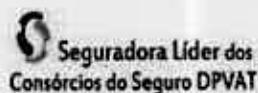
Data do cadastramento: 22/10/2018

Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA
CPF: 657.763.053-49

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

PROTÓCOLO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/01/2019

Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Data do cadastramento: 08/01/2019

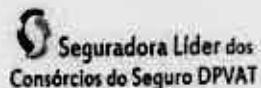
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373815/18

Número do Sinistro: 3180480407

Vítima: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

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 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.

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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/08/2018

Titular do CPF: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 08/01/2019

Nome: FRANCISCO QUEIROZ FILHO

CPF: 485.892.503-00

Data do cadastramento: 08/01/2019

Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

CPF: 033.812.743-76

FRANCISCO QUEIROZ FILHO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA