

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, 08 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184639**

**Vítima: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

**Data do Acidente: 12/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

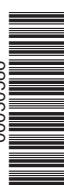
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](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, 08 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190184639**

**Vítima: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

**Data do Acidente: 12/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 27 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190184639**

**Vítima: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

**Data do Acidente: 12/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS**

**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](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, 12 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190184639

Vítima: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

Data do Acidente: 12/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

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\$ 1.890,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 1.890,00

Recebedor: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

Valor: R\$ 1.890,00

Banco: 237

Agência: 000005441-0

Conta: 000000007847-6

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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: 3190184639  
Nome do(a) Examinado(a): Francisco Audenes Mota Chaves  
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Cachoeira, S/N Casa  
Zona Rural Novo Oriente CE CEP: 63740-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 20150435392  
Data local do acidente: [ 12/11/2018 ]  
Data local do exame: [ 02/04/2019 ] Crateús [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
FRATURA DO 3º METACARPO MÃO ESQUERDA.**

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

**Tratamento: REALIZOU TRATAMENTO CLINICO CONSERVADOR, IMOBILIZAÇÃO COM LUVA GESSADA POR 30 DIAS EM AMBOS OS MEMBROS SUPERIOR, REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: 10/01/2019**

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

**AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA DA FORÇA NA MÃO DIREITA, DIFICULDADES DE SEGURAR OBJETOS.  
AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA PARCIAL DA FORÇA NA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ.**

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

**(X) Sim      ( ) Não**

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

**(X) Sim      ( ) Não**

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

**RIGIDEZ ARTICULAR DO PUNHO E MAO DIREITA PERDA DA FORÇA DA MAO DIREITA E PARCIAL DA MAO ESQUERDA INCAPACIDADE DE PEGAR PESO E OBJETOS COM A MAO DIREITA. APRESENTA DANO ANATOMICO E FUNCIONAL**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

**( ) "Vítima em tratamento"**

*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*

**( ) "Sem 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MÃO - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

**MÃO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



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



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 POLÍCIA CIVIL  
 DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2019128808

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 149 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **22/02/2019 10:09:37**

Data / Hora da Ocorrência: **12/11/2018 03:30:00**

Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-192**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LOC DE BAXIO DO MAIA**

#### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

Nascimento: **16/09/2000** CPF: **079.943.793-03**

RG: **20150435392** Orgão Emissor: **SSP**

Filiação: **TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES**

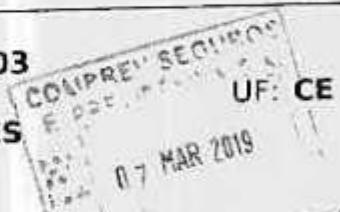
**MANOEL GERMANO CHAVES**

Endereço: **SITIO LOC. DE TATAJUBA**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **NOVO ORIENTE/CE**

País: **BRASIL**



CEP: **63.740-000** Telefone: **(88) 99786-4875**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OII9892** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi:

**9C2KC1670CR490161** Renavam: **458815926** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano:

Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **VERMELHA** Proprietário: **REGINALDA ASSIS COELHO** Situação:

**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

#### Histórico

##### 1ª) Vítima

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no 12/11/2018, por volta das 03h30min da madrugada, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OII9892, COR VINHO, LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE REGINALDA ASSIS COELHO; QUE se deslocava da sede do município para sua casa na localidade de Tatajuba, zona rural, quando no percurso, próximo a localidade de Baxio do Maia, zona rural, vários jumentos saíram do mato correndo, adentrando a pista; QUE não conseguiu parar a motocicleta, vindo a colidir com um dos animais; QUE foi arremessado da motocicleta, vindo a cair ao chão; QUE sofreu escoriações por todo o corpo; QUE conseguiu levantar-se do chão, e por sentir fortes dores nas duas mãos, não conseguiu conduzir a motocicleta; QUE então, procurou ajuda na vizinhança, mas ninguém abriu à porta; QUE andou cerca de 5 km até a casa de um amigo de nome ANDRÉ, tendo este levado-o para o Hospital local; QUE foi examinado e em seguida transferido para o Hospital de Crateús-CE; QUE foi realizado exame de raio-X, constatando fraturas nas duas mãos; QUE seus braços foram imobilizados com gesso,

*Júlia F. P. Costa  
Fácia Alves*

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Consolidado em: 22/02/2019 10:54:49

Pág. 1 de 2

Impresso em: 22/02/2019 10:54:49

X Francisco Audenes Mota Chaves



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



Impresso nº 2019128808

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 149 / 2019

ficando em média 30 dias com o gesso; QUE até a presente data encontra-se com sequelas do acidente. E nada mais disse

2º) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 04/02/2019, conforme laudo pericial nº 191895-02/2019P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após o acidente.

3º) Dados do veículo acima descrito.

4º) Testemunhas

4.1) ALBENISA GERMANO CHAVES, RG 34.939.784-3, residente à Rua Raimundo Pereira Leite, nº 450, Bairro Centro, Novo Oriente-CE. Tel: (88) 997324628

Albenisa Germano Chaves

4.2) ANTONIO RODRIGUES MOTA, RG 52.126.891-6, residente na Localidade de Tatajuba, Zona Rural, Bairro Novo Oriente-CE. Tel: (88) 996817458

Antônio Rodrigues Mota

Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Júlia R. Costa

*Júlia R. Costa*  
Escrivã NO HOC

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Francisco A. Ribeiro de Vasconcelos Chaves

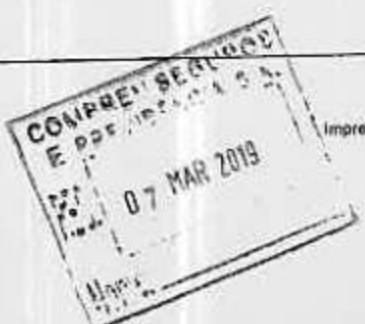
*Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos Chaves*  
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT. 301231-4-X

VISTO DO DELEGADO(A):

*Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos Chaves*  
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT. 301231-4-X

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Consolidado em: 22/02/2019 10:54:49



Pág. 2 de 2

Impresso em: 22/02/2019 10:54:49

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.890,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05441-0

CONTA: 00000007847-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO09042019050000000002370544100000007847189000 PAGO



PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



1 - Preencher esta ficha em 3 vias.  
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento  
entregar 2 vias ao usuário orientando-o a  
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

## FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: \_\_\_\_\_

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

Nome: FÉLIO AUGUSTO MOTA CHAVES Prontuário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  Data de Nasc.: 16/09/2000 Ocupação: \_\_\_\_\_

Motivo do Encaminhamento?

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE  
FRATURA DO PUNHO DIR. E MÃO GSQ.

Resultado de Exames:

- SOLICITO RADIOGRAFIA DO PUNHO DIR E MÃO GSQ. EM P.A E  
PERFIL E AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

Conduta já Realizada

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

Função

121 11 118

Data

Hora

Assinatura

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatório  Hospitalar  Auxílio Diagnóstico 

Prócedimento: Profissional: \_\_\_\_\_ Data: 1 1 Hora: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ Prontuário N.º: \_\_\_\_\_ Alta: 1 1

Resumo Clínico/Cirúrgico

Proposta de Conduta para seguimento

COMPREI SERVIÇOS  
E...  
07 MAR 2019

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE			
<i>Novo Oriente</i>	SECRETARIA DE SAÚDE	<i>R. S. Lopes</i>	<i>CHAVE</i>
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO			
DATA: 12/11/18			
NOME:	<i>José Arsenio Mota Chaves</i>		
NOME DA MÃE:	<i>Frejinha Alves de Souza Mota Chaves</i>		
NOME DO PAI:			
DATA DE NASCIMENTO:	16/09/2000	IDADE:	18
SEXO:		ESTADO CIVIL:	
ENDERECO:	<i>Atalaia</i>		
PA:	X MMHG	DX:	MG/DL
CARTÃO SUS: _____ PROFISSÃO: _____ CIDADE: N.O. TEMPERATURA: 40			
1. SINAIS E SINTOMAS:  PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM ESCAMAS CÍTRICAS EM M.M. SS. E PISCINAS FRACCIONADAS DE PUNHO O.R. E			
2. DIAGNÓSTICO: MÃO CSG, SEM DEMASIADAS LESÕES. NENHUMA ALERGIA.			
3. CONDUTA: ANTISSEPSIA LOCAL. OS FA OS ULTRASOM 75MG, 1.1717, MAGNET 2000, 1000. EXAMES DE OPINIÃO 16/11/18. CORRIDA TESTADA.			
ASS. MÉDICO			
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL			



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

a de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão 12/11/2018-08:11

Página 1

DADOS DO PACIENTE

Identificação  
Número 1323 Atendimento 0001 Nome do Paciente FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

CPF 079 943 793-03

Data de Nascimento /09/2000

Lotação CRATEUS/CE

ANOEL GERMANO CHAVES

Endereço AMPO TATAJUBA, SN

Estado

Responsável ALBENIZA GERMANO CHAVES

Empresaria

CPF do Responsável

Endereço

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR

Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDIO

CNS

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 18 Ano(s)

UF CE Telefone 88997864875

M&B TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES

Bairro ZONA RURAL

CEP 63740-000

Município NOVO ORIENTE

Município NOVO ORIENTE

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

1.1 Atendimento Hora 08:00 Convênio SUS

1.2 Local do Atendimento

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR

Justificativa de Acidente

Matrícula

CID

CRMUF  
6029/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MONALIZA LOPES CLAUDIO

1.3 Motivo

1.4 Guia

Nº

Data/Hora Liberação

1.5 Dados Vitais

Peso (kg)

76.000

Altura (cm)

76.000

T (°C)

37

P (bpm)

87

R (bpm)

19

Tipo de Saída

( ) Alta

( ) Internação

( ) Obito

Oximetria (%)

97

Glicose (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/11/2018 08:10

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

cac ente vítima de acidente de moto ( sic ), refere dor em MMSS direto e esquerdo mãos , dor lombar

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Frenos M&D  
dor + inflamaçao  
fa mas D/E  
hatue 3º meta cefro  
ura gencide explobando dedo

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM 6029

*JOSE FERNANDES  
DA SILVA JUNIOR*



*Albeniza Germano*  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável ALBENIZA GERMANO CHAVES

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SACRAMENTO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

FW Audens Vilitz

Mr. ol

Offencor 500 — (4)  
far i uga io joku

reform de

~~22/11/08~~

~~ultivo 2000~~

2019/33

RX mao b/c E'

Dr. Júnior Fernandes  
celular 8222  
www.junior-ortopedia.com

12/11/19  
OK 7:42 AM

Rua Ubaldino Souto Maior, 1052 - São Vicente - CEP: 63.700-000 - Fone: (88) 3691.2019 / 3691.2202 - Crateús - CE

SC-111

CONPREI SEGUROS  
E PRT INVESTIMENTOS

07 MAR 2019



**Dr. José Silva Macário**

CRM. 19205

Rua Dona Joana, s/nº - CEP. 63.740-000 - Novo Oriente - Ceará.

## RELATÓRIO MÉDICO

Atesto para fins do Seguro DPVAT, que **FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**, portador(a) do RG nº 2015043539-2 SSPDS-CE e CPF nº 079.943.793-03, com relato de ter envolvido-se em acidente de trânsito no dia 12/11/2018, no Município de Novo Oriente -CE, tendo recebido o primeiro atendimento no Hospital e Maternidade Dr. José Maria Fernandes Leitão, no referido município, e posteriormente transferido para o Hospital de Referência São Lucas, na cidade de Crateús-CE.

- Com diagnóstico inicial de FRATURA DOS PUNHOS DIREITO E ESQUERDO.
- Confirmada fratura de III metacarpo da mão Esquerda; e fratura de II e III metacarpos da mão direita, evidenciadas em radiografia na data do ocorrido.
- Segundo tratamento conservador com luvas gessadas em ambos os membros pelo prazo de 30 dias. Seguida de sessões de fisioterapia motora.

Com base ao exame clínico pode-se afirmar que a vítima encontra-se em Alta Definitiva nesta data e apresenta dano anatômico e funcional permanente, evidenciando-se as seguintes limitações físicas irreversíveis.

- Refere dor na mãos quando exerce qualquer força de prensa ou tração
- Dor à palpação no dorso da mão direita
- Apresenta limitação funcional severa com redução acentuada do ângulo para a flexão, extensão, adução e abdução da mão direita.
- Perda de força de prensa na mão direita (grau 4)

### GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL:

1ª Lesão – Região Corporal (sequela) MÃO DIREITA

10% residual -  25% leve -  50% médio -  75% intensa -  100% completa

Afirmo que avaliei a vítima nesta data e as respostas acima são verdadeiras.

Novo Oriente - CE, 01 de MARÇO de 2019.

Dr. José Silva Macário  
MÉDICO  
CREMERC: 19.205

CRM: 19.205  
MÉDICO  
Dr. José Silva Macário





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015043539 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/06/2015

NOME FRANCISCO AUDENES MOTTA CHAVES

QUALIFICAÇÃO MANOEL GERALDO CHAVES

TEREZINHA VITURIANO MOTTA CHAVES

NATURALIDADE CRATEús - CE

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 17488 FOLHA: 061V

LIVRO: A-16 NOVO ORIENTE - CE

CPF 079.943.793-03

DATA DE NASCIMENTO 16/09/2000

LEI N° 7.318 DE 29/06/85

Assinatura do Diretor

P.: 72



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

DENILSON CASTRO DANTAS

DOC. IDENTIDADE / SAG. EMISSOR Nº  
306102096 SEP CE

Nº 781.893.193-53 Nascimento 01/04/1977

PAIS FRANCISCO BRAZ DANTAS  
ALIAIDE ALVES DE SOUSA

UF CEARÁ - CE  
VENCIMENTO 14/08/2019 EXPIRAÇÃO 25/11/2009

PERÍODO PLASTIFICADO

973054610

Observações:  
Nenhuma observação.

Assinatura do portador

CRATÉUS, CE  
26/08/2014

57862559806  
143290622

CEARÁ - CE (CEARA)

COMPRE SEGUROS  
E PAGUE MENOS  
07 MAR 2019

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184639      **Cidade:** Novo Oriente      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES      **Data do acidente:** 12/11/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
FRATURA DO 3º METACARPO MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA DA FORÇA NA MÃO DIREITA, DIFICULDADES DE SEGURAR OBJETOS.  
AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA PARCIAL DA FORÇA NA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ.

**Resultados terapêuticos:** BOA EVOLUÇÃO COM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/04/2019

**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
<b>Total</b>			<b>14 %</b>	<b>R\$ 1.890,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184639      **Cidade:** Novo Oriente      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES      **Data do acidente:** 12/11/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
FRATURA DO 3º METACARPO MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA DA FORÇA NA MÃO DIREITA, DIFICULDADES DE SEGURAR OBJETOS.  
AO EXAME DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO, APRESENTA RIGIDEZ NO PUNHO, PERDA PARCIAL DA FORÇA NA MÃO ESQUERDA E RIGIDEZ.

**Resultados terapêuticos:** BOA EVOLUÇÃO COM CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 02/04/2019

**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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
<b>Total</b>			<b>14 %</b>	<b>R\$ 1.890,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190184639      **Cidade:** Novo Oriente      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES      **Data do acidente:** 12/11/2018      **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA BILATERAL DISTAL DO RÁDIO.  
FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO ESQUERDA.  
FRATURA DO 2º E 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** (@ PÁG 5) 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>26,5 %</b>	<b>R\$ 3.577,50</b>



()



Buscar no site

A  
COMPANHIASEGURO  
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-  
Atendimento)CENTRO DE DADOS E  
ESTATÍSTICASSALA DE  
IMPRENSATRABALHE  
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3190184639 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

**CPF/CNPJ:** 07994379303

#### Posição em 26-07-2019 14:28:55

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

09/04/2019	R\$ 1.890,00	R\$ 0,00	R\$ 1.890,00
------------	--------------	----------	--------------

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/04/2019	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/M6hJJKvoCzL1kFTdrO3IFQ==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsMUUcQXDGctpsl=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/M6hJJKvoCzL1kFTdrO3IFQ==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsMUUcQXDGctpsl=</a> )
28/03/2019	Interrupção de Prazo	( <a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lfYrrccw3jTcnhaOKWqtIw==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsMUUcQXDGctpsl=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lfYrrccw3jTcnhaOKWqtIw==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsMUUcQXDGctpsl=</a> )



## Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (</Pages/Quem-Somos.aspx>)
- › Sobre o Seguro DPVAT (</Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx>)
- › Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)
- › Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (</Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT>)
- › Perguntas Frequentes (</Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes>)

## Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (</Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line>)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (</Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes>)
- › Telefones de Contato (</Contato/telefones-de-contato>)
- › Ouvidoria (</Contato/Ouvidoria>)
- › Canal de Denúncias (</Contato/canal-de-Denuncias>)
- › Mapa do Site (</Mapa-do-Site>)
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade (</Pages/Termos-de-Uso.aspx>)