
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

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. 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

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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 casualidade: 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 MÃO DIREITA PERDA DA FORÇA DA MÃO DIREITA E PARCIAL DA MÃO ESQUERDA
INCAPACIDADE DE PEGAR PESO E OBJETOS COM A MÃO DIREITA. APRESENTA DANO ANATômICO 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) 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 Nº 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 BAIXIO DO MAIA**

Dados da(s) Vitima(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 a 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,

Juliana Costa
Julia F. R. Costa
Escritor

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
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 2019128808



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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

2ª) 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.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) 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

Antonio 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 AD HOC

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X FRANCISCO AURELIO VASCONCELOS CHAVES

Francisco Aurelio Vasconcelos Chaves
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X



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: 000000007847-6

Nr. Autenticação

BRDESCO0904201905000000000023705441000000007847189000 PAGO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: ESQ AUGUSTO MOYA CHAVES Prontuário: _____
Endereço: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 16/09/2000 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM SUSPEITA DE
FRATURA DE PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA.

Resultado de Exames:

SOLICITO RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA EM P.A E
PERFIL E AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMEC 19150

Assinatura

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N.º

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID

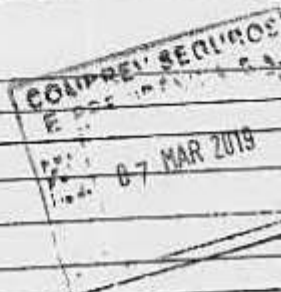
Secundário 1


CID

Secundário 2

CID

Proposta de Conduta para seguimento



		PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE SECRETARIA DE SAÚDE		DATA: 12/11/18
HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO				
NOME: <u>João Anderson Mota Chaves</u>				
NOME DA MÃE: <u>Regina Letícia Mota Chaves</u>				
NOME DO PAI:				
DATA DE NASCIMENTO: <u>16/09/2000</u>		IDADE: <u>18</u>		CARTÃO SUS:
SEXO:		ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:
ENDEREÇO: <u>Ataíde</u>				
PA: <u>X</u> MMHG		DX: <u>MG/DL</u>		TEMPERATURA: <u>40</u>
1. SINAIS E SINTOMAS:				
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COM ESCOR- REGES EM MM. SS. E POSSÍVEL FRATURA DE FURTO DIA E				
2. DIAGNÓSTICO: <u>MM. C36 SEM DEMAIS LESÕES</u> <u>NEGA ALERGIAS</u>				
3. CONDUTA: <u>ENCAMINHO AO HUSC.</u> <u>ANTISSÉPTICA LOCAL</u> <u>USO DA GLETTA DE VITAMINA D5 MG. 1-12</u> <u>USO DA DORADO 100 MG</u>				
ASS. MÉDICO				
ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL				

COMPROVANTE DE
 RECEBIMENTO
 07 MAR 2019

**SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
a de atendimento - CONSULTORIOS**

DADOS DO PACIENTE

Atendimento 1323 0001
Nome do Paciente FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES
Local CRATEUS/CE

CNS

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino
Idade 18 Ano(s)

ANOEL GERMANO CHAVES
Município CAMPO TATAJUBA, SN

Mãe TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES
CEP 63740-000
Município NOVO ORIENTE

UF CE Telefone 88997864875

Responsável BENIZA GERMANO CHAVES

Empresa

Bairro ZONA RURAL

Cônjuge

CPF do Responsável

Endereço CAMPO TATAJUBA, SN

Município NOVO ORIENTE

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/11/2018
Hora 08:00
Convênio SUS
Profissional de Atendimento DR. FERNANDES DA SILVA JUNIOR
Jornada de Atendimento

Matrícula

CID

CRM/UF 6029/CE

Funcionário

MONALIZA LOPES CLAUDINO

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Exame físico

Data/Hora Liberação / / às hs

Tipo de Saida () Alta

() Internação

() Óbito

Sinais Vitais
Peso (kg) 76,000

Altura (cm)

T (°C) 37

P (bpm) 87

R (rpm) 19

PA (mmHg) 120 X 80

Oximetria (%) 97

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

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

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

Paciente vítima de acidente de moto (sic), refere dor em MMSS direito e esquerdo mãos, dor lombar

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

*Freio MSD a
de + limitação para
fa mas D/E
história 3º acidente
uma queda esfolando de*

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM 6029



Assinatura Paciente/Responsável
Responsável ALBENIZA GERMANO CHAVE

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente:

Flavio Anderson Vitor



Flancox 500 - 1x
far 1 vez ao dia

reforma de
~~22/10/18~~
~~retirada gesso~~

09/19/19

Rx mão d e E

Dr. Junior Fernandez
CRM 8020
ORTOPEDIA

12
11
18

Rx 7:42

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

SC-171





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.
- Seguindo 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 anatómico 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

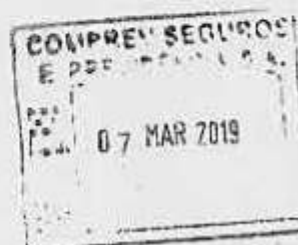
() 10% residual - () 25% leve - () 50% médio - (X) 75% intensa - () 100% completa

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
CREMEC: 19.205

Dr. José Silva Macário
MÉDICO
CREMEC: 19.205



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

Projetor Direto

Projetor Indireto

Francisco Audenes Mota Chaves
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

NOME **FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**

PRELAÇÃO **MANOEL GERNANO CHAVES**

TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES

NATURALIDADE **CRATEÚS - CE** DATA DE NASCIMENTO 16/09/2000

DOC. ORDEM

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

LIVRO: A-16 NOVO ORIENTE - CE

CPF 079.943.793-03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 20/06/83

P.: 72



COMPRES SEGUROS
EPP 000000000000
07 MAR 2019

COMPRESSE SECOURS
EPP 1111111111
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
Total			14 %	R\$ 1.890,00

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
Total			14 %	R\$ 1.890,00

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
Total			26,5 %	R\$ 3.577,50



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
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	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/M6hJJKvoCzL1kFTdrO3IFQ==api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsmUUCQXDgctpsl=)
28/03/2019	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/lFYrrccw3jTcnhaOKWqtlw=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsmUUCQXDgctpsl=)

09/03/2019	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/___fbvPvLbx4u___fF9gbdgapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsmUUCQXDGctpsl=)
09/03/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/yTRu5uTriNiqG9ho4gpDDapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bdze80fsIWsmUUCQXDGctpsl=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.seguradoralider.com.br/seguro-dpvat-oficial/>)
l%C3%ADder-dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

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

Atendimento

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

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](/Pages/Termos-de-Uso.aspx)