

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, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329385

Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDSON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329385

Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON DA SILVA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13º DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE NOVO ORIENTE- CE



C E R T I F I C O

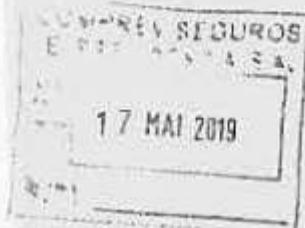
JÚLIA FRANCISCA RODRIGUES COSTA Escrivã
“ad hoc” de Polícia Civil, em exercício na
Delegacia Municipal de Polícia Civil de NOVO
ORIENTE-CE, no uso de suas atribuições legais,
etc...

C E R T I F I C O, para os devidos fins e efeitos legais, que, na data de 10/05/2018, alterei o conteúdo do Boletim de Ocorrência 511-247/2018, para acrescentar os dados pessoais e endereço das vítimas que foram citadas no referido Boletim de Ocorrência. As vítimas são: **FRANCISCO EDSON DA SILVA**, nascimento: 02/09/1993, CPF: 031.285.893-05, RG: 2006015000710, Orgão emissor: SSP UF: CE, filiação: Leoniza Maria da Silva e Lourival Francisco da Silva, endereço: Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740 e **RAYLANE KARINE SOUSA DO NASCIMENTO**, nascimento: 05/07/2010, filiação Suyanne Teixeira Sousa e Valdemir Araújo do Nascimento, Endereço Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740.

O referido é verdade. DOU FÉ.

Cartório da Delegacia Municipal de Polícia Civil de Novo Oriente-CE, aos dez (10) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezoito (2018).

Júlia F. R. Costa
Júlia Francisca Rodrigues Costa
Escrivã “ad hoc”



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 247 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 15:51:55**Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 16:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO ENTRADA DA LOC. DE LAGOA DE DENTRO**

Complemento:

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

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **SUYANNE TEIXEIRA SOUSA**Nascimento: **03/08/1991** CPF: **045.081.673-73**RG: **559425272** Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **ANTONIA EVANGELISTA DE SOUSA****JOSE ZILMAR TEIXEIRA DE SOUSA**Endereço: **RUA ANTONIO LOTERO, 282**Bairro: **ALTO DA COLINA**Município: **NOVO ORIENTE/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

CEP: **63.740-000****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NUX7124** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2KC1550AR146087** Renavam: **224016431** Tipo do Veículo: .**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano:Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHADO**ME Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Que, a declarante juntamente com seu esposo Francisco Edson da Silva e sua filha Raylane Karine Sousa do Nascimento de 07 anos de idade, estavam trafegando na motocicleta Honda/CG 150 Fan, placa NUX7124; QUE, estavam acompanhando o enterro de sua avó até o cemitério localizado na localidade de Lagoa de Dentro, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, em certo momento do percurso pararam a motocicleta, para deixar os carros ultrapassarem; QUE, ficaram no acostamento da estrada; QUE, após os carros passarem, um veículo D20, ao tentar ultrapassar, veio a colidir a lateral direita do veículo na motocicleta das vítimas; QUE, seu esposo ao perceber o que ia acontecer, tentou deitar a motocicleta, mas o veículo D20 ainda bateu no braço esquerdo de seu esposo e no rosto de sua filha, vindo a cortar sua boca por dentro e quebrar um dente, já seu esposo sofreu uma fratura no braço esquerdo; QUE, o motorista evadiu-se do local sem prestar nenhum socorro; QUE, o condutor do veículo é conhecido por EVALDO, residente na localidade de Batista, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, após colisão as vítimas foram socorridas para o hospital local por populares que também estavam acompanhando o enterro; QUE, sua filha foi transferida para o Hospital de Sobral-CE, com suspeita de Traumatismo Crânio-Encefálico após vomitar muito sangue; QUE, até a presente data encontra-se internada no hospital de Sobral. QUE, seu estado de saúde é estável; QUE, sua irmã Ivina está acompanhando a sua filha no hospital por estável;

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

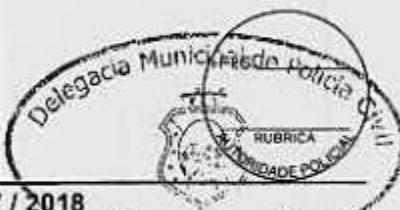
Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 16:03:52

Suyanne Teixeira Sousa



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 511 - 247 / 2018

conta da declarante estar grávida; QUE, a declarante procurou EVALDO para que mesmo ajudasse nas despesas hospitalares de sua filha, onde a princípio concordou, e em seguida sumiu, ninguém sabendo mais seu paradeiro.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Julio Klara Júlia Costa
Escrivão AD HOC

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Sugene queiroz Seusa.*

VISTO DO DELEGADO(A) :

EMERSON FARIA - MAT.: 30114019





PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

CNPJ: 11.389.692/0001-28

SECRETARIA DE SAÚDE



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 05/10/18

NOME: *Fá Coisa da Serra*NOME DA MÃE: *Maria Lourdes da Silva*

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO: 02/09/93 IDADE: 25SEXO: M ESTADO CIVIL:ENDEREÇO: Avtº 10600PA: X MMHG DX: MG/DLCARTÃO SUS: 16233940363 00041

PROFISSÃO:

CIDADE: NOTEMPERATURA: °C

1. SINAIS E SINTOMAS: *parante vítima de acidente de nado (sac). paciente com dor no abdômen e cintura com edema e inchado em catavolo (E) com dificuldade de movimentação de membros.*

2. DIAGNÓSTICO: *Luxação em catavolo (E)*

3. CONDUTA:

*encaminhamento URSL**Dr. Rui Mendes (Ass.)*

ASS. MÉDICO

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL :

17 MAI 2019

BENASCV
Novo Oriente
Governo Municipal

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
CNPJ: 11.389.632/0001-28
SECRETARIA DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DE
Saúde
NOVO ORIENTE

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

END.:

CIDADE:

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Elaine de Souza

SEDE

ZONA RURAL

*Ponto com prato a
um preço (€) em
fornos, deixado re
gostoso de ser comido
por 60 dias*

Assinatura profissional

DATA: 18/05/2019

RIO/18

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1185 - Email: smanoovooriente2017@gmail.com



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.A.N.O. J.N.O. F.L.

Distrito Sanitário: _____ Municipio: NOVO ORIENTE

Nome: Francisco Edson da Silva

Prontuário:

Endereço: R. ANTONIO LOPES

Sexo: M F Data de Nasc.: 02/09/1993 Ocupação:

Motivo do Encaminhamento?

PRESENTEI VERGAS AO ALIMENTO DA MOTO (SIC). APENAS DENTRO DE UMA QUADRADA EM CARNAUBA (B) COM ESPECULINHO P/ MONTAR TANQUE

Resultado de Exames: MABRO

Conduta já Realizada

Impressão: RUMINANTE. Exame de coronélio (E)?

CRM/CE: 18803

Assinatura

Função

07/09/18

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

H.A.S.U

Data 07/09/18 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 _____

ED. ESSAIS SICURUS

Proposta de Conduta para seguimento

17 MAI 2019

O problema justificou a referência?

Sim

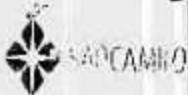
Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data



SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Impressão: 07/05/2018 12:05

Página 1

v7017021

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 102990 Alendamento: 0003
Documento(s): Identidade: 2006015000710
Data de Nascimento: 02/09/1993
Pai: LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA
Endereço: RUA CLARINDO XAVIER, 686
Profissão: AGRICULTOR
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA

Nome do Paciente: FRANCISCO EDSON DA SILVA
Local: CRATEUS/CE

CNS: 162339403630004
Guia de Autorização

Estado Civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Idade: 24 Ano(s)

CPF do Responsável: 6945/CE
Endereço: RUA CLARINDO XAVIER, 686
Empresa: MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

UF: CE Telefone: 88998544817

Data Atendimento: 07/05/2018 Hora: 10:24 Convênio: SUS

Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente:

Observação:
trouxe guia de referencia dia 07/05/2018

Sala:

Sinais Vitais

Peso (kg): 62,000 Altura (cm):

Data/Hora Liberação: _____ / _____ / _____ às _____ hs.
CRM/UF: 6945/CE Funcionário: MARTA MOTA VENANCIO DO VALE
CID: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Classificação de Risco:

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 07/05/2018 12:03

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

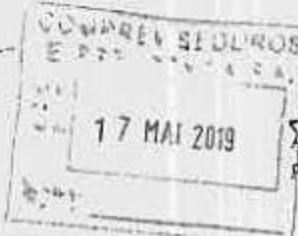
paciente transferido para unidade, vítima de colisão de veículos, com edema em MSE na região do cotovelo, para avaliação com médico especialista em traumato. SPO2: 98

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

*Puxo em braço
me sente dor no
cotovelo*

*X + Atualizado 07/05/2018
Anexo: Cetecos p
Painel frangível*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945



*Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA*

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 1^a via à Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital

Distrito Sanitário: _____ Municipio: Novo Oriente

Nome: Fco. Emerson PA. GOMES Prontuário: _____
Endereço: Rua Antônio Lobo
Sexo: M F Data de Nasc.: 02/05/95 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

Fratura trânsito fijos.

Resultado de Exames:

Fratura aberta (2) hz ilíaca.

Conduta Já Realizada

Impressão Diagnóstica: Fratura aberta ilíaca
ENFERMEIRO CORENICE 15968

Assinatura

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico
Procedimento: Programação cirúrgica
Unidade de Referência: HRS Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º: _____ Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal CID _____
Secundário 1 CID _____
Secundário 2 CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

17 MAI 2019

O problema justificou a referência? Sim Não O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - N.º Registro

Função

Data



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 29/05/2018 10:33

Página 1

v2017005

Guia de atendimento CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 102990	Atendimento 0005	Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVA	CNS 162339403630004	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 2006015000710			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 02/09/1993	Local CRATEUS/CE			Idade 24 Ano(s)
Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA		Mãe LEONIZA MARIA DA SILVA		
Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282	Bairro ALTO ALEGRE	CEP 53740-000	Município NOVO ORIENTE	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjugue		Telefone 88 97269753
Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA	CPF do Responsável	Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282	Município NOVO ORIENTE	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/05/2018	Hora 09:28	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE	

Observação
trouxe guia de referência dia 29/05/2018

Saída
Data/Hora Liberação
____/____/____ às ____ hs
(Alta) (Internação) (Óbito)

Sinais Vitais	Peso (kg) 68.000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 104	R (impm) 20	PA (mmHg) 130 X 80
---------------	---------------------	-------------	--------------	----------------	----------------	-----------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/05/2018 10:30

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

PACIENTE COMPARECE A UNIDADE PARA RETORNO COM MÉDICO TRAUMATOLOGISTA, SEM QUEIXAS NO MOMENTO
SPO2:97

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

*Primeras molestias
de la cadera
Rx Cadera E
B350
alta m
sistemicos*

*Dr. Jamil S. Jorquera
Médico
CRM-CE 6945*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

*Assinatura Paciente/Responsável
Dr. Jamil S. Jorquera CRM 6945
RESPONSÁVEL: SUYANE TEIXERA SOUSA
TRAUMATO-ORTOPEDIA*

17 MAI 2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006015000710 DATA DE EXPEDIÇÃO 4/1/2006

NOME FRANCISCO EDSON DA SILVA

FILIAÇÃO LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA E L
LEONIZA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 2/9/1993

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 15145 L A. 13 F

203 NOVO ORIENTE/CE

CPF

FORTALEZA - CE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	DENILSON CASTRO DANTAS		
	DOC. INSCRIÇÃO / ORIGENADOR IF 306102096 SSP CE		
	CPF 781.883.183-53	DATA MARCHAMENTO 01/04/1977	
	NOME FRANCISCO BRAZ DANTAS ALAIDE ALVES DE SOUSA		
	PERIODO 04820791472	VALORADA 14/08/2019	1ª HABILITAÇÃO 25/11/2009
	CLASSIFICAÇÃO ACC AB		
OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO!			
<i>Denilson Castro Dantas</i> <small>ASSINATURA DO PORTADOR</small>			
LOCAÇÃO	DATA EMISSÃO 26/08/2014		
CRATEUS, CE		57862559806 CE143290622	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (DNT)			

PROIBIDO PLASTIFICAR

973054610



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329385 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 %

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190329385 **Cidade:** Novo Oriente **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA **Data do acidente:** 05/05/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



()



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 a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190329385 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO EDSON DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDSON DA SILVA

CPF/CNPJ: 03128589305

Posição em 26-07-2019 14:48:53

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/06/2019	Negativa Técnica - Sem sequelas	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/go__2HFZGHBIxvQN3EeR9yAapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd04UjM99DXEZH7k6PdESDok=)
24/05/2019	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/npSffz5x8oUFwkVu3+TfuQapi_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd04UjM99DXEZH7k6PdESDok=)

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

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-Efetuados.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://httpd://http://facebook.com/https://DVEPdvatoficial/Adm/dvat_oficial/)
l%C3%ADAdder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)
 - › Consulta a Pagamentos (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.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](#))
 - › 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>)

