
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



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
13ª DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE NOVO ORIENTE- CE




C E R T I D A O

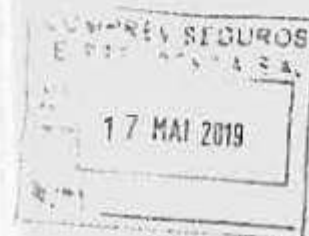
JÚLIA FRANCISCA RODRIGUES COSTA Escrivã
"ad hoc" de Polícia Civil, em exercício na
Delegacia Municipal de Polícia Civil de NOVO
ORIENTE-CE, no uso de suas atribuições legais,
etc...

CERTIFICO, 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
Escrivã AD' HOC
Júlia Francisca Rodrigues Costa
Escrivã "ad hoc"





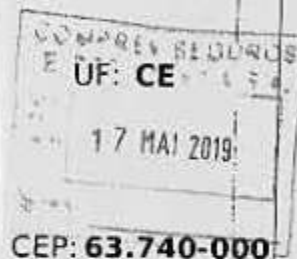
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 247 / 2018

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:

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

Suyanne Teixeira Sousa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 247 / 2018

conta da declarante estar grávida; QUE, a declarante procurou ~~EUVALDO~~ 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 :

Julia F. Costa
Escritor AD HOC

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Emerson Faria

VISTO DO DELEGADO(A) :

EMERSON FARIA - MAT.: 30114019



HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 05/05/18

NOME:

NOME DA MÃE:

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE: 25.

CARTÃO SUS:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

PA:

MMHG

DX:

MG/DL

CIDADE:

TEMPERATURA: °C

1. SINAIS E SINTOMAS:

paciente vítima de acidente de carro (sic). apresentando
 trauma na cabeça em cotovelo (E) com dificuldade de movimentação
 e membro.

2. DIAGNÓSTICO:

luxação em cotovelo (E) ?

3. CONDUTA:

em observação - HRSL

Dr. RUI MACHADO LIMA
 CRM: 10000
 ASS. MÉDICO

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL :

17 MAI 2019

RECEITUÁRIO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO


Nome: Fra Edna d. Silva

END: _____

CIDADE: _____

☐ SEDE

☐ ZONA RURAL

Receita com validade
em exames  e
fornecer, devendo se
gostar de seu atendimento
por 60 dias

Carimbo profissional


MÉDICO
CREMEC-15504
Data: 15/05/19

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - Rua Dona Joana, S/N - Centro - Novo Oriente - Ceará - CEP: 63740-000
Telefone: (88) 3629.1165 - Email: smsnovooriente2017@gmail.com

CUMPREM SEUS DEVERES
E ASSINATURE
17 MAI 2019

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.O. J. M. F. L.

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: FRANCISCO BOSON DA SILVA Prontuário: _____

Endereço: R. ANTONIO LOTERO

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

Motivo do Encaminhamento?

PRETENDIA VERIFICAÇÃO DO ACESSO AO MATO (SIC), APRESENTANDO
INJÚRIA EM CAROTÍDEO (E) COM DESEQUILÍBRIO P/ MANTER O
Resultado de Exames: MÊMBO

Conduta já Realizada

Impressão: Dr. RITA VILMA A. CAMELA
CRM/CE 18803 07/09/18
Assinatura Função Data Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: H.M.O. Data 07/05/18 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

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





SACAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Impressão: 07/05/2018 12:05

Página 1

v2017005

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 102990
Atendimento 0003Nome do Paciente
FRANCISCO EDSON DA SILVACNS
162339403630004

Guia de Autorização

Documentos
Identidade: 2006015000710
Data de Nascimento
02/09/1993Estado Civil
Solteiro(a)Sexo
Masculino
Idade
24 Ano(s)Pai
LEONIVAL FRANCISCO DA SILVAEndereço
RUA CLARINDO XAVIER, 686Profissão
AGRICULTORResponsável
SUYANE TEIXERA SOUSA

Empresa

Bairro
ALTO ALEGRECEP
63740-000Município
NOVO ORIENTE

Cônjuge

UF
CETelefone
88998544817

CPF do Responsável

Endereço
RUA CLARINDO XAVIER, 686Município
NOVO ORIENTEUF
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

Data Atendimento
07/05/2018Hora
10:24Convênio
SUSProfissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

CRM/UF
6945/CETipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATOFuncionário
MARTA MOTA VENANCIO DO VALEObservação
trouxo guia de referencia dia 07/05/2018

Sala

Data/Hora Liberação

às hs.

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)
62,000

Altura (cm)

T (°C)
36F (bpm)
82R (lpm)
22PA (mmHg)
140 X 90

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 traumatologia.
SPO2: 98

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

paciente em atendimento
me apresentando com o
edema

X + Atendimento 17/05/18
Acidente de trânsito
para urgência

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HRTMFC

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: FCO ERSON DA SILVA Prontuário: _____

Endereço: Av: Ant. Lorena

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 02 09 93 Ocupação: _____

Motivo do Encaminhamento?

fratura traumática

Resultado de Exames:

Fratura no braço @ h2 idizs

Conduta Já Realizada

Impressão Diagnóstica

Assinatura: _____ Função: _____ Data: 29.05.18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatório ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: Parqueiro L.O.S.T.A

Unidade de Referência: HRTSL 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

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: 1 1

17 MAI 2019



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)			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Identidade: 2006015000710			Idade 24 Ano(s)	
Data de Nascimento 02/09/1993	Local CRATEUS/CE	Mão LEONIZA MARIA DA SILVA		
Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA		Bairro ALTO ALEGRE	CEP 53740-000	Município NOVO ORIENTE
Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 97269753
Profissão AGRICULTOR				
Responsável SUYANE TEIXEIRA 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 gula de referencia dia 29/05/2018

Sinais Vitais					
Peso (kg) 68.000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 104	R (bpm) 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)

Handwritten notes:
Paciente comparece
e se apresenta
sem queixas
e sem alterações
na avaliação física.

Dr. Jamil S. Jorquera
Médico
CRM-CE 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Handwritten signature: Fisioterapia

Assinatura Paciente/Responsável
Francisco Edson da Silva

Assinatura Responsável
SUYANE TEIXEIRA SOUSA
CRM 6029
TRAUMATO-ORTOPEDIA



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Francisco Edson da Silva

POLEGAR DIREITO

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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
EONIZA 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

CPM

PORTALEZAN

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CPF

031.285.820-05

FRANCISCO EDSON DA SILVA

02/05/2013

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
DENILSON CASTRO DANTAS

DOC IDENTIFIC / ORG. EMISSOR UF
306102096 SSP CE

CPF DATA NASCIMENTO
783.883.183-53 01/04/1977

POCAO
FRANCISCO BRAZ DANTAS
ALAIDE ALVES DE SOUSA

PRIMEIRO SOBRANOME
NCC CALHA
AB

Nº REGISTRO VALOR 1ª INSERCAO
04820791472 14/08/2019 25/11/2009

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Denilson Castro Dantas
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSAO
CRATEUS, CE 26/08/2014

João Vitor
ASSINATURA DO EMISSOR

57862559806
CE143290622

DEFRAO-CE (CEBRA)

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
973054610

PROVISOR 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

Valoração 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 EVIDENCIA 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 %	R\$ 0,00

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
IMPRESSATRABALHE
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__2HFZGHBIXvQN3EeR9yA:api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd04UjM99DXEZH7k6PdESDOK=)
24/05/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/npSffz5x8oUFwkVu3+TfuQ=api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd04UjM99DXEZH7k6PdESDOK=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(https://itunes.apple.com/us/app/seguero-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/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



[Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



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



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



(https://noti.finep.com.br/seguradora/seguradora-lider-dpvat_oficial/)
l%C3%ADder-dpvat)

Serviços

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

