

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364333
Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

Cidade: Fortaleza
Data do acidente: 05/12/2016

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

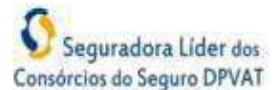
Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NO SEGMENTO EM QUESTÃO. SINISTRO ATUAL 0%.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288450/18

Número do Sinistro: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

Data do acidente: 05/12/2016

CPF: 881.088.993-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/10/2018
Nome: JOSE LOPES DA SILVA
CPF: 881.088.993-20

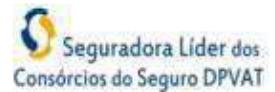
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JOSE LOPES DA SILVA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288450/18

Número do Sinistro: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

CPF: 881.088.993-20

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/10/2018

Nome: JOSE LOPES DA SILVA

CPF: 881.088.993-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018

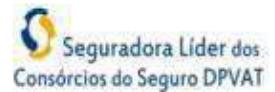
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS

CPF: 061.393.643-45

JOSE LOPES DA SILVA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288450/18

Número do Sinistro: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

Data do acidente: 05/12/2016

CPF: 881.088.993-20

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: JOSE LOPES DA SILVA
CPF: 881.088.993-20

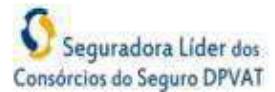
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JOSE LOPES DA SILVA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288450/18

Número do Sinistro: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

CPF: 881.088.993-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/12/2016

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/09/2018
Nome: JOSE LOPES DA SILVA
CPF: 881.088.993-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

JOSE LOPES DA SILVA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOSE LOPES DA SILVA

Nº Sinistro: 3180364333

Vitima: JOSE LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180364333**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180364333**

Vitima: **JOSE LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **05/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364333**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE LOPES DA SILVA**

Sinistro: **3180364333**
Vítima: **JOSE LOPES DA SILVA**
Data do Acidente: **05/12/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180364333** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180364333**

Vitima: **JOSE LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **05/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364333**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180364333**

Vitima: **JOSE LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **05/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364333**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE LOPES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180364333**

Vítima: **JOSE LOPES DA SILVA**

Data do Acidente: **05/12/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180364333**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE LOPES DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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, 18 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364333

Vítima: JOSE LOPES DA SILVA

Data do Acidente: 05/12/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE LOPES DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO

LIVRO: 045

TERMO: 155

FOLHA: 288

1º TRASLADO

DATA CORRETORA DE SEG. LTDA
08 AGOSTO 2018

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA que faz JOSE LOPES DA SILVA, na forma abaixo:

SAIBAM, quantos este público instrumento virem que, aos seis (06) dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta Cidade de Maracanaú, Comarca do mesmo nome, Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste 1º Ofício de Notas, Protestos, Registro Civil, Registro de Pessoas Jurídicas e Registro de Títulos e Documentos, sito na Rod. Dr. Mendel Steinbruch, nº 8000, Galpão 7, Loja 4, Ceasa, compareceu, como OUTORGANTE DECLARANTE: JOSE LOPES DA SILVA, brasileiro, casado, servente, portador da carteira de identidade nº 98013009665/SSPDC-CE, inscrito no CPF sob o nº 881.088.993-20, residente e domiciliado em Fortaleza-CE, à Rua Eduardo Novaes, nº 729, Bairro Sapianga/Coite; o presente reconhecido pela identidade apresentada como o próprio de que trato, de cuja identidade e capacidade jurídica dou fé. E então, pelo outorgante declarante referido, me foi dito, sob as penas da lei, e na melhor forma de direito, declarando de sã consciência, para fins de prova, inclusive junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓCIOS DO SEGURO DPVAT**, o seguinte: I) Que na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do Seguro obrigatório da vítima JOSE LOPES DA SILVA, autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na Conta Corrente nº 0501854-4, Agência 0713-7, do Banco BRADESCO S.A; II) Que a referida conta é de sua titularidade e uma vez efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações acima descritas, reconhece o recebimento e dá como quitado o valor da referida indenização; III) Que reside em Fortaleza-CE, à Rua Eduardo Novaes, nº 729, Bairro Sapianga/Coite; IV) E que, faz a presente declaração sem coação ou induzimento de qualquer espécie e, para nos termos da Lei, terem assegurado os benefícios e as obrigações decorrentes da presente. Presentes a este ato confirmando o que foi dito pelo declarante, as seguintes testemunhas: 1ª) ISABEL VIANA DA SILVA, brasileira, solteira, maior, autônoma, portadora da carteira de identidade nº 96013032512/SSPDS-CE, inscrita no CPF sob o nº 660.241.963-34, residente e domiciliada em Fortaleza-CE, à Rua Eduardo Novaes, nº 729, Bairro Sapianga/Coite e 2ª) ERASMO BUENO DA SILVA, brasileiro, solteiro, maior, autônomo, portador da carteira nacional de habilitação nº 1632905670/DETRAN-CE, (registro nº 05845832701), inscrito no CPF sob o nº 029.500.951-94, residente e domiciliado em Fortaleza-CE, à Rua E, nº 740, Montenegro II, Bairro Parque Dois Irmãos. E, como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, lido e achado conforme, aceita, assinando a rogo do outorgante, por não saber ler e nem escrever, a Sra. ISABEL VIANA DA SILVA, acima

qualificada; deixando aquele a sua impressão digital do polegar direito. Eu, J,
Joana D'Arc Batista Teixeira, Escrevente Autorizada, a digitei, a subscrevo e assino. (as) Isabel
Viana da Silva, Isabel Viana da Silva e Erasmo Bueno da Silva. Emolumentos R\$ 60,69 – ISS R\$
1,82 – FRMMP R\$ 3,03 - FAADEP R\$ 3,03 – Fermoju R\$ 3,69 – Selo R\$ 4,75 – Selo nº AD
342228.

Maracanaú, 06 de Agosto de 2018.

Em testemunho da verdade
Dou fé.

Joana D'Arc Batista Teixeira.
Escrevente Autorizada.

Joana D'Arc Batista Teixeira
Escrevente Autorizada



Válido somente com selo de autenticidade.

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
08 AGO. 2018



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 2447 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/05/2017 14:28:27**
Data / Hora da Ocorrência: **05/12/2016 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA WASHINGTON SOARES**
Complemento:
Bairro: **ALAGADICO NOVO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DA "FERRO DE AÇO"**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSÉ LOPES DA SILVA**
Nascimento: **04/06/1950** CPF:
RG: **98013009665** Orgão Emissor: **SSPDS**
LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD-
Filiação: **RAIMUNDA LOPES DA CRUZ**
VICENTE FERREIRA DA SILVA 08 AGO. 2018
Endereço: **TRAVESSA AFONSO BARBOSA, 67**
Bairro: **ALAGADICO NOVO** CEP: **60.830-195**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, AO TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA WASHINGTON SOARES EMPURRANDO A BICICLETA FOI ATROPELADO POR UM CARRO(PLACAS NÃO ANOTADAS) NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS: Falsa comunicação é crime previsto art. 340 do CPB.
Prazo previsto para representação criminal: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NO SEGMENTO EM QUESTÃO. SINISTRO ATUAL 0%.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NO SEGMENTO EM QUESTÃO. SINISTRO ATUAL 0%.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

A handwritten signature in blue ink that reads "Ivone S. Valice".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180364333 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LOPES DA SILVA **Data do acidente:** 05/12/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR NO SEGMENTO EM QUESTÃO. SINISTRO ATUAL 0%.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura: