

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2018
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 05/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LOPES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Carta nº 13223675



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 LÍDER 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

Carta nº 13226186



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),

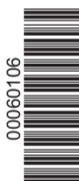
Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180364333** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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 LÍDER 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 LÍDER 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 LÍDER 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 médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado 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

Carta nº 13603216



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

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

08 AGO 2018
CORRETORA DE SEG. LTDA

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 Sapiranga/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 sua 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 Sapiranga/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 Sapiranga/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, [assinatura],
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.

[assinatura]
Joana D'Arc Batista Teixeira.
Escrevente Autorizada.

Válido somente com selo de autenticidade.



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
08 AGO. 2018

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2447 / 2017

Dados da OcorrênciaNatureza 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**Filiação: **RAIMUNDA LOPES DA CRUZ****VICENTE FERREIRA DA SILVA**Endereço: **TRAVESSA AFONSO BARBOSA, 67**Bairro: **ALAGADICO NOVO**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD-

08 AGO, 2018

CEP: **60.830-195****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:

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: