



Número: **0069167-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 32ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.763,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILLAMS BRITO DOS SANTOS (AUTOR)		KARINA ANGELICA MONTEIRO DA COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
ARUANA SEGUROS S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71675959	26/11/2020 17:28	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010404

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01703/01704 - carta_02 - INVALIDEZ

00040852



Carta nº 15361579





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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010404

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **WILLAMS BRITO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000651**

Conta: **0000060016-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

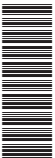
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01935/01936 - carta_15R - INVALIDEZ

00020968



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 106.223.934-21 4 - Nome completo da vítima: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS 6 - CPF: 106.223.934-21
7 - Profissão: N/A 8 - Endereço: RUA FAMILIAR 9 - Número: 590-B 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N/A 12 - Cidade: SAULISTA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53429-680
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 99253-2981

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (valores)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

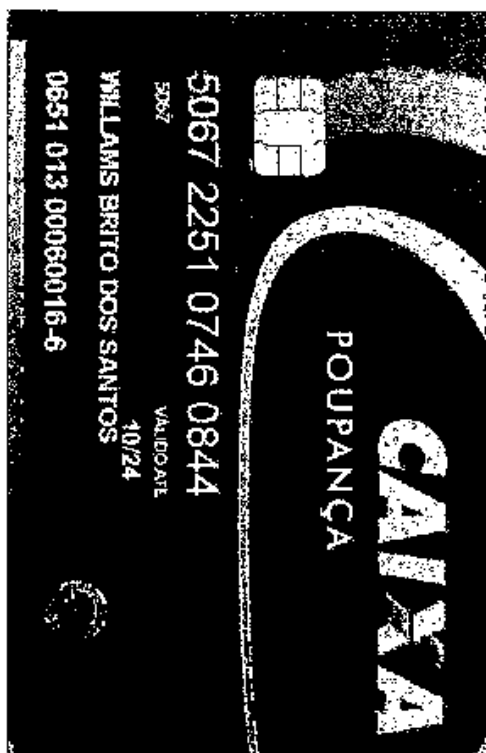
40 - Local e Data, SAULISTA 27/12/2019
WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



Scanned by CamScanner



19/12/2019

Secretaria de Defesa Social - INEPOL



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 84ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134004005

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/12/2019 às 15:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado) que aconteceu no dia 26/8/2019 no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 01, RODOVIA PE 049, SENTIDO PONTA DE PEDRAS -**
Bairro: **CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvido(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR) (OUTRO)
KEISON KEITON SANTANA DE MELO (OUTRO)
WILLIAMS BRITO DOS SANTOS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS EDUARDO DA SILVA** (CONDUTOR)

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILLIAMS BRITO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino; Nome: WILLIAMS VERONICA DE SANTO; Pai: JOSE FERRERA DOS SANTOS; Data de Nascimento: 4/8/1994; Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL; Documento: B140654/SDS/PE (RG); 10622303421 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRO(A); Escolaridade: 2. GRAU COMPLETO; Endereço Residencial: BAIRRO DE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO (BAIRRO), SDO, FURTLANDIA - CEP: 55008-000 - Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL; Estado Civil: DESCONHECIDO; Escolaridade: DESCONHECIDO

KEISON KEITON SANTANA DE MELO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL; Estado Civil: DESCONHECIDO; Escolaridade: DESCONHECIDO

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL; Estado Civil: DESCONHECIDO; Escolaridade: DESCONHECIDO

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): KEISON KEITON SANTANA DE MELO, que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS EDUARDO DA SILVA (CONDUTOR); Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROX SIX ES; Objeto apreendido: Não; Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:28:43

https://pje.tje.pe.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617284362700000070271729

Número do documento: 20112617284362700000070271729

19/12/2019

Secretaria de Defesa Social - INFOPOL

Placa: 0Y29995 (PERNAMBUCO) INFORMADO) Renavam: 102768093 Chassi: 9C2M055508347629

Ano Fabricação/Modelo: 2014/2014 Combustível: ALCOOL GASOL

Complemento / Observação

.....
INFORMA A VITIMA QUE NA DATA RETRO, NO ENDEREÇO SUPRA MENCIONADO EPIGRAFE, O QUAL ESTAVA NA GARUPA DA REFERIDA MOTOCICLETA EM DESLOCAMENTO PARA A PRAIA DE FORTA DE PEDRAS, ONDE UM CARRO PRETO DE PLACA DESCONHECIDA, TRANCOU A REFERIDA MOTOCICLETA, VINDO A SER ARREMESSADO PARA FORA DA MISTA, QUE ATO CONTINUO FORA SOCORRIDO PARA POR TRANSEUNTES QUE PASSAVAM NO LOCAL, QUE FORA SOCORRIDO PARA A UPA DE IGARASSU JA QUE E PROXIMO ONDE RESDE, QUE DEPOIS FORA ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL ARMANDO MOURA NA CIDADE DE MORENO-FE, QUE CHEGOU A TER UMA FRATURA NA TIBIA, E ROMBIMENTO DOS TENDÕES DO TORNOZELOS, A VISTA DAS DOCUMENTACOES LEGAIS, ENCERRO O PRESENTE REGISTRO

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

.....
WILLIAMS BRITO DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUIS HUMBERTO DE SALES FURTADO - Matrícula: 3870370

710

.....
https://pje.pse.br/pernambuco/visualizarBO.do?idUn=1248&idC=8191935&idBO=19E01340D4005&tipo=simples&uaPrincipa=ACCESSION... 2/2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 106.223.934-21 4 - Nome completo da vítima: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS 6 - CPF: 106.223.934-21
7 - Profissão: N/A 8 - Endereço: RUA FAMILIAR 9 - Número: 590-B 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: N/A 12 - Cidade: SAULISTA 13 - Estado: SP 14 - CEP: 53429-680
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 99253-2981

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo valioso? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SAULISTA 27/12/2019
WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

Atendimento: 1513267

Senha de Classificação: [REDACTED]

Data e Hora: 26/08/2019 10:17

Paciente: 397819 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/08/1994 Idade: 25 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA VERONICA DE BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FUNILANDIA

560

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53425740

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão do Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

Trauma em 2º Dígito há 2 dias

Vem c/ RV.

Exame Físico

Sa com tele

Hipótese Diagnóstica

Fratura Moleto lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica

Antibiótico 2x1 7 dias
Dor 2x1 7 dias
2. Tramadol 50mg 1x1 7 dias
2. B. 2x1 7 dias

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

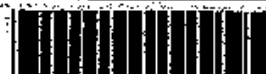
Para:

HMA

Senha: 5251621

Dr. [REDACTED]
Ortopedia e Traumatologia
CRM PE 28025

Carimbo Médico



1513267



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 23/08/2019 09:40

Nome Paciente: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0131
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/08/2019 10:14 - 26/08/2019 10:14

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2019 10:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	23/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00651

CONTA: 000000060016-6

Nr. da Autenticação 1067231DA9FA0254



Atendimento: 1513267

Data e Hora: 26/08/2019 10:17

Senha de Classificação: [REDACTED]

Paciente: 397819 WILLIAMS BRITO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 04/08/1994 Idade: 25 anos Convênio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LIDIA VERONICA DE BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: FUNILANDIA

560

Bairro: NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53425740

Usuário Atendimento: WAGNERFB

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

CRN (Certidão do Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Trauma no 2º dedo do pé 2 dias

Vem c/ RX.

Exame Físico

Sem sinais

Hipótese Diagnóstica

Fratura Metacarpo lateral.

Conduta Terapêutica

Cirurgia

Prescrição Médica

Dor no 2º dedo do pé

2. Tramadol 50mg 1x 12h + 2x 6h

2. Buprenorfina 0,2mg 1x 12h

3. Paracetamol 500mg 1x 6h

4. Ibuprofeno 400mg 1x 12h

5. Clonazepam 0,5mg 1x 12h

6. Lidocaína 2% 1x 12h

7. Diclofenaco 75mg 1x 12h

8. Celecoxib 200mg 1x 12h

9. Gabapentina 300mg 1x 12h

10. Pregabalina 150mg 1x 12h

11. Amitriptilina 25mg 1x 12h

12. Fluoxetina 20mg 1x 12h

13. Escitalopram 10mg 1x 12h

14. Sertralina 50mg 1x 12h

15. Venlafaxina 75mg 1x 12h

16. Duloxetina 60mg 1x 12h

17. Milnaciprina 35mg 1x 12h

18. Desvenlafaxina 30mg 1x 12h

19. Levomefloclorina 150mg 1x 12h

20. Venlafaxina 75mg 1x 12h

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

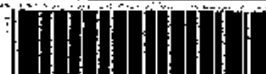
Para:

HMA

Senha: 5251621

Dr. [REDACTED]
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1234567

Carimbo Médico



1513267



UPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

Data e hora retirada da senha: 23/08/2019 09:40

Nome Paciente: WILLIAMS BRITO DOS SANTOS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 04/08/1994
Sexo: Masculino
Idade: 25 anos
Senha: 0131
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 26/08/2019 10:14 - 26/08/2019 10:14

ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: TRAUMA EM MIE APOS QUEDA DE MOTO

Observação: ALERGIA A DIPIRONA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: ROBERTA LUCIA DOURADO DE PAULA FERREIRA - COREN: 5698 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 26/08/2019 10:14

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco



RECEITUÁRIO

Williams Barbo dos Santos
Vítima de Acidente com moto
no dia 26/08/2019. Jeito de cair
na em M.I.D. com Fratura do
fêmur do D. Por submissão a
procedimento cirúrgico p/ redução
da fratura com haste e parafuso.
Após o trauma, o mesmo
apresenta debilidade para o
pê D, devido a gravidade da
fratura, deixando sequelas.
(Cid. S82)

Marta Medeiros

Dr. Jorge Vasconcelos
Médico
CRM 4428/PE

Scanned by CamScanner





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS [1624628]

Admissão: 329706

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: 07/11/2019

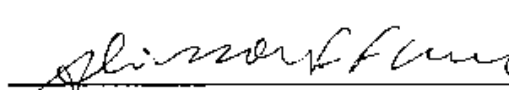
RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **WILLAMS BRITO DOS SANTOS** é portador do diagnóstico:
<<FRATURA DO OTNROZELO DIR>>.

CID: <<S82>> Submetido a tratamento ortopédico em 29/09/19.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial e fisioterápico

Moreno, 07/11/2019.


ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17608

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

01 – Cópia autenticada para a empresa

01 – Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/11/2019 as 09:22

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

CID: S82

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 28/08/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/08/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA

MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ORIENTAÇÕES

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - RETORNAR DIA 12/09/2019 AS 07 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:13

Dr. Alisson F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PE 69120-0/CRM-PE 17806
CRM-PE 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





Armindo Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MEDICO

Atesto para os devidos fins que **WILLAMS BRITO DOS SANTOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S82



() Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

(X) Necessitando de (90) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

() Como acompanhante.

() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____

NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias do afastamento do trabalho.

Atestado Emitido Eletronicamente

Data: 29/08/2019 as 16:13

Dr. (a) ALISSON FABIO FERREIRA VIEIRA
CRM: _____

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17608





Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS (1624628)

Admissão: 322671

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 03

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, WILLAMS BRITO DOS SANTOS é portador do diagnóstico: **FRATURA DE TORNOZELO.**

CID: S82

Permaneceu internado do dia 28/08/2019 a 29/08/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/08/2019.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 29/08/2019.

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 6913/2014 CREMEPE 17606
SBOT 12614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA – CREMEPE: 17606

RETORNO: 12 /09 /2019

LOCAL: HOSPITAL ARMINDO MOURA, AS 07 :00HS

MÉDICO: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentos originais para o INSS

☐ - Cópia autenticada para a empresa

☐ 01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo entregue diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

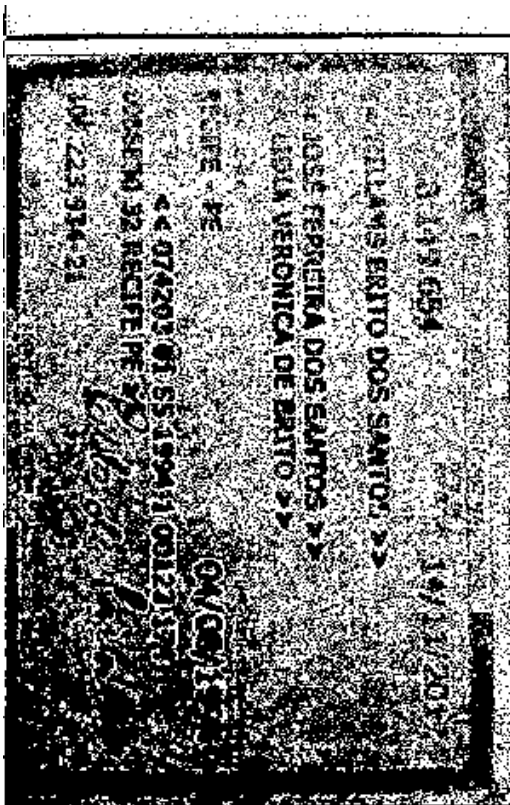
Data: 29/08/2019 as 16:12

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 6913/2014 CREMEPE 17606
SBOT 12614

Dr. (a) ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

CRM:





Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:28:43
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617284362700000070271729>
 Número do documento: 20112617284362700000070271729



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Williams Brito dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 26/08/19 CPF DA VÍTIMA 006.223.934-21
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Williams Brito dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua: Humilândia
 Nº 5906 COMPLEMENTO Paraná BAIRRO NSA O/Paraná
 CIDADE Almada UF PE CEP 53.429-680
 E-MAIL _____ TELEFONE (81) 9 9253-2981

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 021 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 08/01/2020
 IDENTIDADE 8.49.654
 ASSINATURA Williams Brito dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 08/01/2020
 NOME Eduardo Braga
 ASSINATURA Eduardo Braga



Sinistro → 32 060 10404

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009457/20

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

CPF: 106.223.934-21

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/08/2019

Títular do CPF: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de registro de acidente declarado

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

WILLAMS BRITO DOS SANTOS : 106.223.934-21

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
CPF: 106.223.934-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Eduardo Borges
Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009457/20

Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

CPF: 106.223.934-21

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 26/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILLAMS BRITO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

WILLAMS BRITO DOS SANTOS : 106.223.934-21

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: WILLAMS BRITO DOS SANTOS
CPF: 106.223.934-21

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: Eduardo Rodrigo de Sousa Borges
CPF: 077.643.254-06

WILLAMS BRITO DOS SANTOS

Eduardo Rodrigo de Sousa Borges



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200010404**

Nome do(a) Examinado(a): **WILLAMS BRITO DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Funilândia, 590-B - Paulista - PE - CEP 53429-680**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **8149654**

Data e local do acidente: [**26/08/2019**] **Goiana, PE**

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do maléolo lateral direito

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame, vítima com bloqueio articular de tornozelo direito, edema local, realiza flexão plantar a de 30 graus, dorsal a 10 graus, déficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do tornozelo direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010404 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILLAMS BRITO DOS SANTOS **Data do acidente:** 26/08/2019 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo lateral direito

Descrição do exame físico: Ao exame, vítima com bloqueio articular de tornozelo direito, edema local, realiza flexão plantar a de 30 graus, dorsal a 10 graus, déficit de força de grau médio, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento cirúrgico com placa e parafusos, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

