
Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173870

Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200173870 Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
-----------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 15 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173870

Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

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\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **EDSON XAVIER DE SOUSA**

Valor: **R\$ 3.206,25**

Banco: **341**

Agência: **000005579**

Conta: **0000026236-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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,



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200173870

Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON XAVIER DE SOUSA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 567.579.054-34 4 - Nome completo da vítima: Edson Xavier de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Edson Xavier de Souza 6 - CPF: 567.579.054-34
7 - Profissão: Operário 8 - Endereço: R. Cruz das Almas 9 - Número: 511 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Capão 13 - Estado: 14 - CEP: 58326-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 99921-9283

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: ☒ RECURSO 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Itaú

AGÊNCIA: 5579 CONTA: 26236
(Informar o dígito se existir) (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascituro (ou nascido)? ☐ 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 - Assinatura da vítima ou beneficiário ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/bene. 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14091.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14091.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:25 horas do dia 10 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Edson Xavier de Sousa**, CPF nº 567.579.054-34, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Borracheiro, filho(a) de Maria Zulmira de Matos Sousa e Egidio Xavier de Sousa, natural de Macau/RN, nascido(a) em 10/08/1966 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Cruz de Almas, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Posto Fiscal, na cidade de Caaporã/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-6952.

Dados do(s) Fatos:

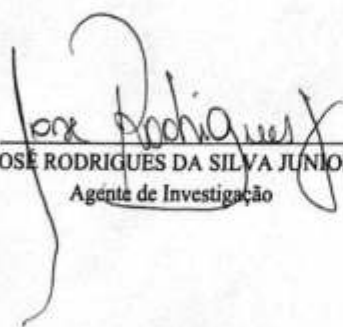
Local: Be 101, Entrada Para Engenho Velho, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

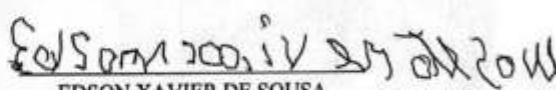
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 27/10/2019, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAVA CAMINHANDO AS MARGENS DA RODOVIA BR 101, ALTURA DO BAIRRO DO COSTA E SILVA, NESTA CAPITAL, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S52, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EDUARDO PAZ LYRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


EDSON XAVIER DE SOUSA
Noticiante

Procedimento Policial: 14091.01.2019.1.00.401

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 567.579.054-34 4 - Nome completo da vítima: Edson Xavier de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

5 - Nome completo: Edson Xavier de Souza 6 - CPF: 567.579.054-34

7 - Profissão: Operário 8 - Endereço: R. Cruz das Almas 9 - Número: 511 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: Capim 13 - Estado: 14 - CEP: 58326-000

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 99921-9283

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Itau

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 5579 CONTA: 26236

(Informar o dígito se existir)

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 nascituro (ou nascido)? ☐ 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

Assinatura
original da
vítima ou
beneficiário
do acidente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 11/05/2023

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EDSON XAVIER DE SOUZA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 53 A	SEXO: F	COR	CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 27/10/2019		DATA DE ALTA: 08/11/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
AGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos do Antebraço DIREITO</i>					CID S52
AGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
MÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de antebraço direito foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas, parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB, AINE E ANALGÉSICO

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 07 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

08/11/2019
DATA

Eduardo Paz Lyra
Médico Residente de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11487
ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: LAUDO MÉDICO

O Sr. Elson Xavier
de Souza, 53 anos,
Barragem (SIC). Sotear
Fm. dos ossos do
antebraço ① e foi
operado dia 01/11/19.
Apresenta edema e
diminuição importante da
amplitude de movimento,
possível paralisia do intor-
sor dorsal.
Necessita de mais
06 (seis) meses de
repouso p/ atividades
labores.

Assinatura Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBOT 8331

10/12/19

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON XAVIER DE SOUSA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05579

CONTA: 000000026236-0

Autenticação:

CEACF6A1B5C39BF7188AD286CE783E69952BB4FF9DCB7B48DAFCBB93359AA9CD

CC - Carga de Classeificação de Item	TOTAL	241,86	199,41	24,57	29,11	01	0,87
Tarefa de Trabalho A16-20W/h	A16-100W/h	0,122890	A16-220W/h	0,495473	A16-300W/h	0,000000	

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 371
5026-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1782
FAX: / - CNPJ:

Folha No: 173817 Atch: Nao Registrado
Data: 27/10/2019
Hora: 00:14:36
Recepcionista: JULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.10.103017

Nome: EDSON XAVIER DE SOUZA

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0 Fone: 986278052

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/03/1966 Id: 53 anos

End.: RUA /PROJETADA,0

Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA ZULIMA XAVIER DE SOUZA

Pai: EDSON XAVIER DE SOUZA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO/A

Ocupação: BORRACHEIRO

Educacional: SEM INSTRUCAO

Informações de Entrada

Respons.: EDSON XAVIER DE SOUZA

Doc. Responsavel: 986278052 / SEM DOCUMENTO: 0

End.: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Causa de acidente por: NAO

Causa de violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: TMC:

Temp. Abd: O2%:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input checked="" type="checkbox"/> [X] Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> [] Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsão
<input type="checkbox"/> [] Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispnéia
<input type="checkbox"/> [] Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
<input checked="" type="checkbox"/> [X] Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> [] Vômito	
Observação	

Principal

RELAÇÃO DO HISTÓRICO CONFORME A PANCITURACAO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horário de Aplicação



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>EDSON XAVIER DE SOUSA</u>		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <u>OPRO</u>
Data: <u>07/11/14</u>	Cirurgião: <u>Dr. Rodrigo Limal</u>	1º Assistente: <u>Dr. Leonardo R3</u>	2º Assistente:
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fratura exp. do osso do antebraço</u>			
<u>Dir.</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
<u>0 uniu</u>			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Osteomielite</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Out. durante o Ato Cirúrgico			

Posição e Preparo:

- Incisão:**

- Achados:**

- Conduta:**

- Fechamento:**

OBS:

Dr. Leonardo Miranda
CRM 337 PB
Médico Cirurgião
e Traumatologista

MEDICO CRM

Rua Ag. Fátima, Jd. C. - Estado SP - SP 5604-70 - Mangaratu - Jd. Fátima - PB

000000109308

ESQUERDO



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109308
26.10.2019 IDADE: 53 SEXO: M
TECNICO: Hora: 19:51:39

000000109308

ESQUERDO

PERFILE

000000109308

DIREITO



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109308
26.10.2019 IDADE: 53 SEXO: M
TECNICO: Hora: 19:51:39

000000109908

DIREITO

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000109908
26.10.2019 IDADE: 83 SEXO: M
TECNICO: Hora: 19:51:58



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Receituário

Paciente: ADSON XAVIER DE SOUZA

Data: 26/10/2019 21:06:01

Sexo Masculino

CPF: Não Informado

Idade: 53

BAE: 1199558

ENCAMINHAMENTO TRAUMINHA-----ORTOPEDIA

PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, TRAZIDO PELO SAMU
QUEIXA-SE DE DOR E LQIMITAÇÃO FUNCIONAL NO ANTEBRAÇO DIREITO E TNZ ESQ
RELATO DE INGESTA ALCOOLICA

EFO

- FERIMENTO PUNTIFORME NO ANTEBRAÇO DIREITO, EDEMA E DEFORMIDADE
- PULSOS DISTAIS OK
- EDEMA E DOR NO TNZ ESQ, ADM REDUZIDA

R. M FX DO MALEOLO LATERAL WEBER A + fx DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO

HD: FX EXPOSTA DO ANTEBRAÇO DIREITO + FX FECHADO DO TNZ EQ

CD: A1B / SAT / TALA BOTA + TALA AXILO PALMAR
ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

Dr. Teófilo Vanomark
Ortopedia e Traumatologia
Cep: 9690
Reto: 16216

Dr. TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
9690/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

Scanned by CamScanner



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: LAUDO MÉDICO

O Sr. Edson Xavier de Souza, 54 anos, encontra-se com cerca de 09 meses de P.O. de fratura do 1/3 proximal dos ossos do antebraço direito. Apresenta sinais de sequelas por - transitória com possível lesão de interesse dorsal ou Sudeste. Apresenta atrofia muscular, com mão em garra e direita, diminuição de pontos - pinças e de força para apreensão.

→ continue no verso

Assinatura e Carimbo

O mesmo deve ser
corrigido.

Pelo quadro acima
sugerimos avaliar pela
entia médica do INSS
a possibilidade de
aposentadoria por invalidez

CID.: +-92.4
+-92.9
5-52.9.

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista e Reumatologista
CRM-PB 4847 SBO 8331

04/08/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200173870 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA ULNA DIREITOS.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO MEMBRO SUPERIOR E CONSERVADOR DO TORNOZELO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200173870

Data da solicitação: 20/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edson Xavier de Souza

CPF do beneficiário: 567.579.054-34

Nome do solicitante: Quillyana Paiva de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

☐ DISCORDO DA NEGATIVA

☒ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

☐ NÃO

☐ SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

☒ Novos documentos médicos

☐ Laudo do IML

☐ Boletim de Ocorrência

☐ Notas fiscais complementares

☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A Seguradora.
Solicito a Seguradora Líder reanálise do sinistro 3200173870, pois conforme laudo médico ora juntado a vítima se encontra com graves sequelas em seu membro superior direito, necessitando que seja submetido a perícia médica para melhor análise do caso.

Pão de Açúcar, 20/08/2020.

Local e Data

Quillyana Paiva de Amorim Nóbrega

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135817/20

Número do Sinistro: 3200173870

Vítima: EDSON XAVIER DE SOUSA

CPF: 567.579.054-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/10/2019

Titular do CPF: EDSON XAVIER DE SOUSA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 03/07/2020

Nome: EDSON XAVIER DE SOUSA

CPF: 567.579.054-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

EDSON XAVIER DE SOUSA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA