

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, 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

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, 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

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, 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, retorno 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,



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, 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

Carta nº 16029483



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:	
		567.579.054-34		Edson Xavier de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 46/2012					
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:	
Edson Xavier de Souza		567.579.054-34		Bordadeiro	
8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
Sítio Cruz das Almas		5/N			
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	
Caapirana		Caapirana		14 - CEP:	
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	
				83 99921-9283	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: Banco Itaú		
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>			AGÊNCIA: 5571 CONTA: 26 236 <input type="checkbox"/>		
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.					

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima teve pais/avós? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
				32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	
				33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Informação sobre os bem/maus feitos		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha	
		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	
				Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:		41 - Assinatura da vítima/benfeitor		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
1005/2019				Sônia Souza	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
FPS.001 V002/2019					



**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 integra: 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:

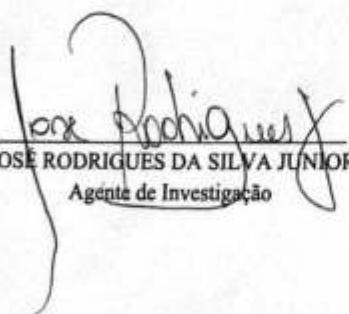
Local: Be 101, Entrada Para Engenho Velho, João Pessoa/PB, bairro Costa e Silva; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

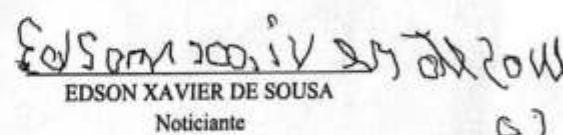
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 fé.

João Pessoa/PB, 10 de dezembro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


EDSON XAVIER DE SOUSA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:	
		567.579.054-34		Edson Xavier de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 46/2012					
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:	
Edson Xavier de Souza		567.579.054-34		Bordadeiro	
8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
Sítio Cruz das Almas		5/N			
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	
Caapirana		Caapirana		14 - CEP:	
15 - E-mail:				16 - Tel.(DDD):	
				83 99921-9283	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)					
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: Banco Itaú		
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>			AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> (0)		
(Informar o dígito se existir)			(Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 Lider 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 discordo do seu conteúdo.					

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro/nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 Informação sobre os bem-queridos que faleceram		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	
		36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha	
		37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	
				Assinatura da testemunha	

40 - Local e Data:		41 - Assinatura da vítima/benfeitor		43 - Assinatura do Procurador (se houver)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)					
FPS.001 V002/2019					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: **EDSON XAVIER DE SOUZA**

PRONTUÁRIO N°

ADE: 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

Fratura dos Ossos do Antebraço DIREITO

CID

S52

AGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea de rádio e ulna

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA

NATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO

COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDICÕES DE ALTA

(X) MELHORADO

() REMOVIDO

() A PEDIDO

() CURADO

()

OBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, 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)

Eduardo Paz Lyra

Médico Residente de

Ortopedia e Traumatologia

CRM-11487

ASS. MÉDICO / C.R.M.

08/11/2019

DATA

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

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: LACOO MÉDICO

O Ss Edson Xavier
de Souza, 53 anos,
Borracheiro (sic). Sócio
Fund. das Ossos do
entelbras ① e foi
operado dia 01/11/19.
Apresenta edema e
diminuição importante da
amplitude de movimento.
possui prótese de inter-
seu braço.

recomendação de uso
06 (Seis) meses de
repouso plena
liberdade --

Assinatura de Roberto Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 SBOT 8331

01/12/19

ITAU - 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

ROSELANE FERREIRA DOS SANTOS
SIT CRUZADAS ALMAS SIN. ÁREA RURAL
CAAPORÁ / PR CEP: 58920000 (A3-18)

Ligação: MONOFASICO
Cil/Suc: R26 MTC B1 / RESIDENCIAL - BAXIA REVOA
Rotera: 2 - 19 - 107 - 2005 Referência: Mai/2019
Medidor: 00008715255 Emissor: 10/05/2019

 energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
P-260, KM25 - Cachorro - Jataí - PR - CEP 8071-460
CNPJ 09.095.271/0041-31 Inscrição 13.015.822-0

Nº de Peça/Orçamento Eletrônico N° 0013716758
Cód. para Déb. Automatizado: 0013716758

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/ CNPJ/ RANI

Mai / 2019

10/05/2019

10/06/2019

081.469.734-85

Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1371675-8

Canal de contato

- Taxa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pelo Le-
nº 10.438, de 28 de abril de 2002
Junta-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Submarino.com
soccer.santos.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leritura	Data	Leritura	
10/04/19	10642	10/05/19	11190	242

Demonstrativo

CCO	Descrição	Quotidiano	Tarifa/	Variação Custo Ant. (mudanças) Excl. Custo Edif/Ru. Custo RD	Tributos/	Tributos/	Variação Custo Edif/Ru. Custo RD				
0801	Consumo 80.20KWh-BR	30.000,0	0,785190	8,55	8,55	27	7,91	8,55	0,04	0,04	0,36
0801	Consumo -31 a 100KWh-BR	77.000,0	0,438910	94,11	94,22	27	9,24	94,22	0,01	0,01	1,53
0801	Consumo -10 a 220KWh-BR	120.000,0	0,738970	98,00	98,30	27	23,76	98,30	0,01	0,01	2,94
0801	Consumo acima de 220KWh-BR	22.000,0	0,814260	17,92	11,92	27	4,54	17,92	0,01	0,01	0,20
0801	Adm. S. América	0,00	0,00	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,03	0,03	0,04
0810	Subsídio	49,33	46,52	27	5,71	46,52	27	5,71	0,00	0,00	2,14
0811	Imposto S. América	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	VALOR MÍNIMO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	VALOR MÍNIMO	4,87	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	VALOR MÍNIMO	4,87	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	PARCELAGEM DE DÉBITO 04/05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	COMPENSACAO POR INDICADOR 04/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 03/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	Devolução Subsídio	-82,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO: Código de Classificação do item TOTAL 241,84 192,41 55,57 128,11 82 1,87
Tarifa R\$ Tributos: A16.20KWh 0,785190 A16.100KWh 0,438910 A16.220KWh 0,814260 A16.00KWh 0,500450

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
ALEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE 3/4
0056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1784
FAX: - CNPJ:

Ficha Nr: 172917 Adm: Nao Fechada
Data: 27/10/2012
Hora: 10:24:36
Recepclonista: SICILIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

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.: 06/08/1968 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

Prof: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO/A

Ocupação: BORRACHEIRO

Escolaridade: SEM INSTRUCOES

TERAPIAS DE ENTRADA

Nome: EDSON XAVIER DE SOUZA

Tel. Doc. Responsavel: 986278052 / SEM DOCUMENTO: 0

Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Causa de acidente por: NAO

Causa de violencia por: NAO

Caso Policial

CONDICIONES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politranspirado	<input type="checkbox"/> Convulso
Sexo:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Disponivel
Obes:	TMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Aliment:	O2:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Choquado
Tirc. Abd:		<input type="checkbox"/> Vomito	

Observacao

Principal

AVALIADO DO HEMOTRL CONFORME A PUNCTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora doendimento: 10:24:36)

Diagnóstico

Procedimentos

Conduita

Horario da procedencia

Medicamento de Observaçao
03/11/2012

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>EDSON XAVIER DE SOUZA</u>			Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: <u>0950</u> EMP: <u>LR.</u>
Data: <u>07/11/11</u>	Cirurgião: <u>Dr. Rodolfo Araújo</u>	1º Assistente:	<u>En. Leandro Lopes</u>
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador	
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: <u>1</u> T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

fractura exp. do osso do crânio
anterior

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Osteomíctise

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não Descreva:

Biópsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
 Enfermaria Terapia Intensiva Residência Outro durante Ato Cirúrgico

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORN sob anestesia - relaxado
- Aspiração + antiséptico + enxágue de tecido vizinho

Incisão:

- Tira troponha para cima do tecido
- nártex para iliacus

Achados:

- Fraturas diafisárias do fêmur e ilíaco

Conduta:

- Realizado enxerto de fêmur da patela no fêmur + opção de placa de ferro - ou fixação com pin
- Realizado enxerto de fêmur e fraturas no ilíaco (osteosíntese) + enxerto de placa de ferro: parafuso anterolateral
- Horizonte do ilíaco situado na fórmula
- Afrouxar parafuso anterolateral
- enxerto
- talos fálicos fálicos

Fechamento:

OBS:

Data: 07/11/14

Dr Leonardo Miranda
CRM 3377 PB
M. em Ortopedia
e Traumatologia

MÉDICO CRM

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

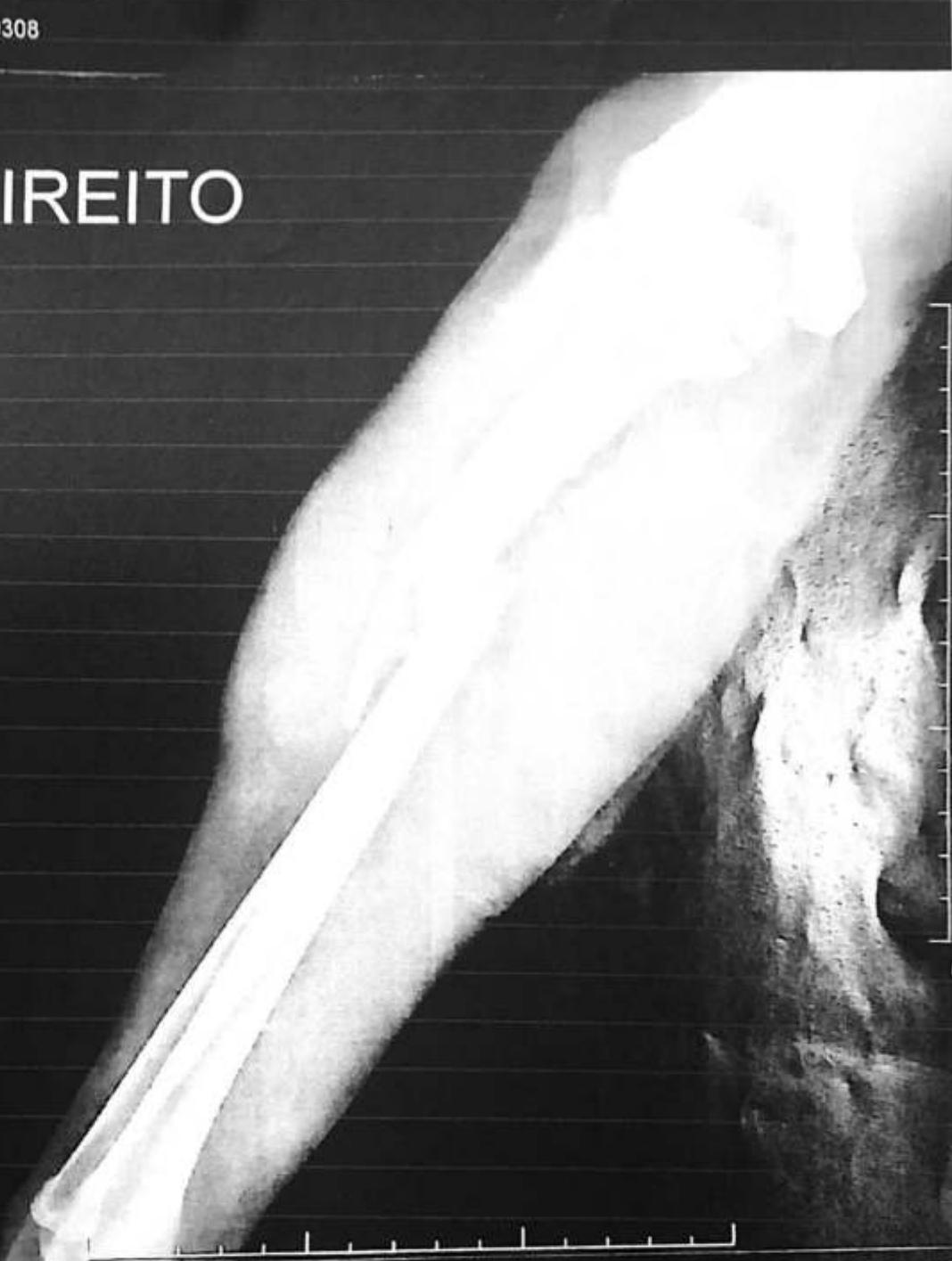
000000109308

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

000000100000

DIREITO



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA
ADSON XAVIER DE SOUZA ID: 000000100000
20/10/2019 IDADE: 00 GÊNERO: M
TÉCNICO: Hora: 10:51:00



Receituário

Paciente: ADSON XAVIER DE SOUZA

Idade: 53

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

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1199558

ENCAMINHAMENTO TRAUMINHA-----ORTOPEDIA

PCTE VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA, TRAZIDO PELO SAMU
QUEIXA-SE DE DOR E LIMITAÇÃO 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: ~~ADM~~ 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
CNPJ: 35.969.000/0001-67
ETO: 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



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 sinus de segundas por sinus de segundas possivel lesão traumática com possivel lesão de interesses dorsais ou Sudeck. Apresenta atrofia muscular, com más em grossa e deserta, diminuição de processos spinosos e de fortes possivel apresentar.

→ continua no verso

Assinatura e Carimbo

O mesns reforçar ser
correção.

Pelo quadro acima
sugerimos avaliação pela
equipe médica do INSS
sobre possibilidade de
sairer possibilidade por
invalidade
presenteza por invalidade

CD: + - 52.4
+ - 52.9
5 - 52.9.

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4647 SBOT 8331

04/08/2020





EPF-567-579.054-34

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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO E DA URNA 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: 30/07/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: Edson Xavier de Souza

CPF do beneficiário: 567.571.054-34

Nome do solicitante: Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega

CPF do solicitante: 011.197.984-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (83) 99921-9283

Tel. Comercial: (000)

Tel. Residencial: (000)

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(s) documento(s) estão sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____

(DESCRIVER)

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

À Seguradora.

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

Assinatura, 10/08/2020.

Local e Data

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega.

Assinatura do solicitante ou de quem assina o 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/vitima não alfabetizado:

O rote 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