
Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346145

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

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, contados 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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200346145

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

Data do Acidente: 07/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

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: HELENO ELIAS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000056127-8

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





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 AGL: 3 - CPF da vítima: 578.844.634-15 4 - Nome completo da vítima: Heleno Elias Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEF Nº 462/2012

5 - Nome completo: Heleno Elias Pereira. 6 - CPF: 578.844.634-15 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Jornal o Norte 9 - Número: 706 10 - Complemento: 11 - Bairro: Marcos Moura 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300-000 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 33-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 5 A 18 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$3.000,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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: 1914 CONTA: 56127

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo alegado, 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 do 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem 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 certo, 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.

NÃO ALIABILITADO

34 - Impedido legal do ato de assinar o pedido

35 - Nome legal de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legal de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 3ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS-001/1902/2015

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Heleno Elias Pereira**, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

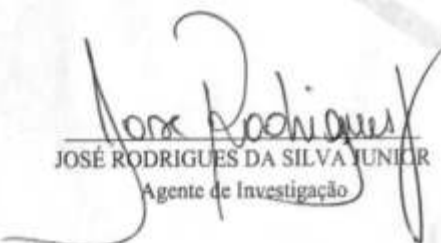
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIALDO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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, 02 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante



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 AGL: 3 - CPF da vítima: 578.844.634-15 4 - Nome completo da vítima: Heleno Elias Pereira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPSEF Nº 462/2012

5 - Nome completo: Heleno Elias Pereira. 6 - CPF: 578.844.634-15 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: R. Jornal o Norte 9 - Número: 706 10 - Complemento: 11 - Bairro: Marcos Moura 12 - Cidade: Santa Rita 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300-000 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 33-99921-9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 5 A 18 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 (PAI, 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: AGÊNCIA: 1914 CONTA: 56127 (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/vencimento do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo alegado, 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 do 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 contestar, caso discordo do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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(s)? ☐ 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 certo, 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 219 do Código Penal.

NÃO ALIABILITADO

34 - Impedido legal de assinar o pedido: 35 - Nome legal de quem assina a rogatória pedido: 36 - CPF legal de quem assina a rogatória pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: 38 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Heleno Elias Pereira 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

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: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENO ELIAS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000056127-8

Nr. da Autenticação 7362C01FA8948157

ficha nr: 316810 Atd: Nao Regulaoc
 Data: 07/05/2020
 Hora: 19:46:53
 Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
 Clinica: CIRURGICA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.05.000424

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1103593 Fone: 986539231

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/06/1968 Id: 51 ano(s)

End.: RUA JORNAL NORTE, 706

Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF : PB

Mae: LUZIA NUNES DE LIMA

Pai: JOSE ELIAS PEREIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: SEM PROFISSAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: HELENO ELIAS PEREIRA

Doc. Responsavel: 986539231 / IDENTIDADE: 1183593

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC: TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso: Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Glicemia: IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

Circ. Abd: C2#:

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

C. Ika Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

La Colonia Corradini, la zona di fede di indole
nazional, ref. bene e Tonoglio a N. E.

Diagnostico

Conduta

Yiwei Cao

Horario da meditação

Kerinaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB 11148

24.

[Signature]

Inc 20

CS: Intern

Tempo da Enfermeira

Signature

ioribin Gomes Pereira
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CRM PB 6350 TEOT 12163

() Residência () Transferido () Desistência () U.II
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O ()

Assinatura e Carimbo do Médico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: _____ Data da Admissão: 08/05/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Infecção

Conduta: Tratamento

Toribio Gomes Pereira
CRM-PB 6350 TEND 12163



Nome: HELENO ELIAS PEREIRA				Registro:	
Idade: 58	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 13/05/2020			Cirurgião: DR TORIBIO		
1º Assistente: KLENIO R2			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura do Maléolo Medial do Tornozelo esquerdo					S82.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese do Tornozelo					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Obito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo medial

Condução:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm com auxílio do intensificador de imagem

Realizado RX controle
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo
Tala bota gessada

OBS:

Dr. Klênio F. da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Data: 13/05/2020



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: HELENO ELIAS PEREIRA

IDADE: 53a

SEXO: MAS

COH

CLÍNICA

Ortopedia

PROFISSIONAL N°

DATA DE ADMISSÃO: 07/05/2020

DATA DE ALTA: 13/05/2020

TEMPO DE PERMANÊNCIA

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura do Malcólo Medial do tornozelo esquerdo

DD
SB2.5

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAIS EXAMES

Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial

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

ÓBITO

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm. 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 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: ciprofloxacino + profenid

RETORNO:

Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR TORIBIO

Dr. Klênio F. da Nobrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

13/05/2020

DATA

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

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

ARTESÃO DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.23405.98-7

3818148 0040 PB

Heleno Elias Pereira

QUANTIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

HELENO ELIAS PEREIRA

FILIAÇÃO: JOSE ELIAS PEREIRA
LUZIA NUNES DE LIMA

NASCIMENTO: 17/05/1968 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

DOCUMENTO: C 1 1183593 13/03/1996 SSP PB

LEI Nº 9.048, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 578.544.634-15 CNH: _____

TIT. ELEITOR: 189274579132 SEÇÃO: 0305 ZONA: 002

LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/PB - 24/05/2013

Superintendente Regional do Trabalho e Emprego de Paraíba



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Heleno Elias Pereira**, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

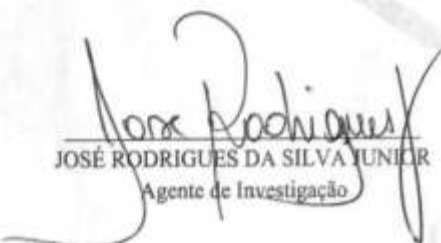
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIALDO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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, 02 de setembro de 2020.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346145 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA **Data do acidente:** 07/05/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.(P-5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,REDUÇÃO,PARAFUSO).P-5-6-7
E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 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 MODERADO DO 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272961/20

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

CPF: 578.844.634-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELENO ELIAS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HELENO ELIAS PEREIRA : 578.844.634-15

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: 28/09/2020
Nome: HELENO ELIAS PEREIRA
CPF: 578.844.634-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HELENO ELIAS PEREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA