



Número: **0069875-25.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 31ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ODETE MARIA DE FRANCA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
74039924	25/01/2021 13:54	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481783

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

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

Carta nº 14713517





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, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481783

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01719/01720 - carta_02 - INVALIDEZ

00020860



Carta nº 14738280





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, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481783

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ODETE MARIA DE FRANCA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000034050-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

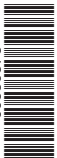
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00749/00750 - carta_15R - INVALIDEZ

00330375





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NT do sinistro ou ASI: CFF da vítima: 453.335.214-68 Nome completo da vítima: Wade Maria de Franca Lima

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

Nome completo: Wade Maria de Franca Lima CPF: 453.335.214-68
Profissão: Acusou Endereço: Rua Solidade Número: 250 Complemento: -
Bairro: Centro Cidade: Piçarra Estado: PE CEP: 55900-000
E-mail: assessoria.piçarra@gmail.com Telefone: (91) 9626-3771

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

RENDA MENSAL: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas citadas. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 34050 3
(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.

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 de 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grav da Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Piçarra - PE 12.08.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Wade Maria de Franca Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (se existir)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: _____
Assinatura: 15.001.2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 ABR 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190481783
Nome do(a) Examinado(a): Odete Maria de Franca
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Soledade, 250
Centro Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 3006519
Data local do acidente: [19/04/2019]
Data local do exame: [26/08/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM USO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR, REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR NO DIA 03/05/2019 MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3.5 MM EM FIBULA DIREITA E PLACA 4.5 MM EM TÍBIA DIREITA, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA EDEMA EM PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA, ALEM DE DEAMBULAR COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Data da Alta: 05/05/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULA COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ Sim ☐ Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ Sim ☐ Não

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

**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°**

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ "Sem sequela permanente"

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

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☒ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ 10% residual ☐ 25% leve

☐ 50% médio ☐ 75% intensa ☐ 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

25/07/2019 08:22

de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0134002325**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/07/2019** às
08:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **18/4/2019** às **18:30**

Fato ocorrido no endereço: **RUA SOLEDADE, 1 - Bairro: CENTRO -**
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO**
GINÁSIO MUNICIPAL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s)
Sr(s): **DESCONHECIDO**

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

ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe:
MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANÇA Pai: **SEVERINO JOSÉ DE FRANÇA** Data de Nascimento:
14/12/1968 Naturalidade: **CARPINA / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **GRÊMIO DA PONZA - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA**
SOLEDADE, 258 - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **DESCONHECIDO**, que
posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto
apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE FOI A TRAVESSAR A RUA NAS PROXIMIDADES DE ONDE



05802-494/0001-41
TRACAP CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/07/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.063-010
RECIFE-PE



ojetim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/B OE Previs...

RESIDE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA E FRATUROU O TORNOZELO DIREITO (FRATURA EXPOSTA); QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES EM CARRO PARTICULAR E FOI LEVADA PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA, GOIANA-PE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EN PAULISTA-PE, ONDE REALIZOU DUAS CIRURGIAS;

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

*Odete Maria de França Lima*ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA
(VITIMA)B.O. registrado por: *Stefano V. de Mattos* - Matrícula: 221637-1

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 453.335.214-68 Nome completo da vítima: Odete Maria de Franca Lima

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

Nome completo: Odete Maria de Franca Lima CPF: 453.335.214-68
Profissão: Aposentada Endereço: Rua Solitude Número: 930 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Goiânia Estado: GO CEP: 74000-000
E-mail: assessoria.goiaria@gmail.com Telefone: 313626-3771

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas citadas. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 34050 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Goiânia - PE 12.08.2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RDO

Odete Maria de Franca Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura 15 AGO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



Atendimento: 474180

Data e Hora: 19/04/2019 21:55

Senha da Classificação:

P0011

Paciente: 124915 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1958 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

N E ATENDIMENTO: 478288 REGISTRO: 124915 **SAME: 111690** do Pai: CRM: 12345
PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA ONISTA ORTOPEDIA

E NASCIMENTO: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO Bairro: CENTRO

C MÃE: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA

PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA

Uário Atendimento: PAULAFSC

ENDEREÇO: TANCREDO NEVES

nº: 22

es Estrangeiros / Visitantes

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIANA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores + formigão na perna @ 02h; acorda com dor + 07 horas. Não alergia. DR 2 @ HAS @ (lesatura 30/14/12)

Exame Físico

Hidra, viscosidade, onctosa, e púcula
FND.

Hipótese Diagnostico

tra depresso de ossos da perna @ (1/3 distal) + tra miófilos (MT)

Prescrição Médica

Intervenção
A dose 5/1 tanto

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatorio () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

05.882.494/0001-41
TRACÃO COMPLETA
DE SEGUROS LTDA

15/04/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Bon Vista - CEP: 74.043-010
RECIFE-PE



Continuação...

Per o int. de Trauma em 1/3 inferior do joelho
a FCC na parte posterior. No local a mobilização
s/alt. neurovasculares.

col: R. Xj Pernas + Tornozelo. → fr. Tíbia/fêmur
Imobilização

CEFALOTINA 2g EV Agora.

SAT 5000 O3 IMJ

Encaminhado, p/ serviço de referência p/
TTº cirurgias de emergência.

Dipirona 1amp + AD

15/04/2019
Dr. Francisco Gomes de A. Neto
CRM 51197PE - PI
MATRÍCULA 229.8774

Evolução Enfermagem...

20:45 Paciente com fratura exposta em perna A
após queda de moto, transferida para o hospital
municipal mais próximo, com conduta de técnica Buro.

Dr. Antônio A. de A.
CRM 51197PE - PI
MATRÍCULA 229.8774

ALTA

Data:	19/04/19
Hora:	20:45
Residência:	
Internação:	
Óbito:	
Transferência:	2

Hospital: M. A. Barros

Senha: 5666140

Médico - CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Cadastro: 18/04/2019 18:27:44 ROSALIA

Impressão: 19/04/2019 18:32:19 ROSALIA

15/04/2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



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:	30/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000034050-3

Nr. da Autenticação 5CEB076D8E9ED8E0





HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 474180

Data e Hora: 19/04/2019 21:55

Senha da Classificação:

P0011

Paciente: 124915 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1958 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

N E ATENDIMENTO: 478289 REGISTRO: 124915 **SAME: 111690** do Pai: CRM: 12345
PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA ONISTA ORTOPEdia

NASCIMENTO: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO Bairro: CENTRO

MÃE: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA uário Atendimento: PAULAFSC

PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA

ENDERECO: TANCREDO NEVES

nº: 22

es Estrangeiros / Visitantes

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIANA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Doi + L formid L, na perna @ 0200 acidental motorista
na t 07 horas. Nega alergias. D012 @ / HAS @ (lesões de Seng 19/12)*

Exame Físico

*Exame físico normal, orientado, e precisa
FUD.*

Hipótese Diagnóstico

La lesões de perna @ (1/3 lesão) + traumatismo

Prescrição Médica

*Intervenção
A 1000 5/1 tanto*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

05.882.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 71608-010
RECIFE-PE



Continuação...

Teste clínt. de Trauma em 1/3 inferior do joelho
e FCC na parte posterior. Ver local à mobilização
s/alt. reumatológicas.

col: R. X. Perna + Tornozelo. → fut. Tiro/flexão
Imobilização

CEFALOTINA 2g EV Agora.

SAT 5000 CI, IM

Encaminhada p/ serviço de referência p/
TTº curativos de emergência.

Dilatação tempo + AD

19/04/2019
Dr. Francisco Gomes de S. Neto
CRM 51372-71
MATRÍCULA 229.8774

Evolução Enfermagem ...

20:45 Paciente com fratura exposta em perna A
após queda de moto, transferida para o hospital
após 10 dias, com controle da técnica Buero.

Dr. Antônio A. de A.
CRM 51372-71
MATRÍCULA 229.8774

ALTA

Data: 19/04/19
Hora: 20:45
Residência:
Internação:
Obito:
Transferência: 2

Hospital: Hospital Amato

Senha: 5666140

Médico - CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Cadastro: 18/04/2019 18:27:44 ROSALIA

Impressão: 19/04/2019 18:32:19 ROSALIA

15.04.2019
Rua da Aurora, 1175, 9.902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:ODETE MARIA DE FRANCA LIMA REG:124915

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
19/4/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM DOR + DEFORMIDADE + SANGRAMENTO EM PERNA DIREITA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +- 0 HORAS. NEGA ALERGIAS OU DM2; HAS+ (LOSARTANA 50M 12/12H)
	AO EF: EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
	MID: FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO 1/3 DISTAL DA PERNA
	HD: FX EXPOSTA DO OSSOS DA PERNA DIREITA + fx múltiplas RTT (D)
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
20/4/2019	# SOTA SR
08:45	HD: FX EXPOSTA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA (D)
	RD: ANOTAÇÃO: LACER. FERIDA EXTERNA TRANSVERSAL BEM.
	PACIENTE EVOLUI BEM, SEM QUEIMAS.
	ELAB. LOTE, CINTURA, APERTE.
	# CD: PERMANE NDA INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA
	051002.494/00 COORDENADORIA DE SEGUROS

05892-494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/10/2019

157
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL
Rios Vistas - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA REG:124915

IDADE: 60 SEXO: F DATA DA ALTA 5/5/2019 DATA DA ADMISSÃO 19/04/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 19/04/2019: LC+DC+FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO

03/05/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM FÍBULA + PLACA "T" EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA

DIREITA

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO (ANDAR COM DUAS MULETAS)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(X) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

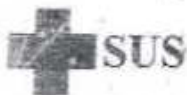
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/05/2019

Rua da Aurora, 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ODETE MARIA DE FRANCA LIMA			6 - Nº Prontuário	124915
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
030.0591.041.505	14/12/1958	Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input checked="" type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Atividade Médica					12 - Telefone de Contato
ATENDIMENTO: 478259 REGISTRO: 124915 SAME: 111690					8189634529
PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA					14 - Telefone de Contato
NASCIMENTO: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO					89634529
MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANCA					
PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA					
ENDEREÇO: TANCREDO NEVES nº: 22					
BAIRRO: CENTRO					
CIDADE: GOIANA					
17 - IBGE					18 - UF
250620					PE
					19 - CEP
					55900974

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
TS COM DOR + DEFORMIDADE + SANGRAMENTO EM PERNA DIREITA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +- 03 HORAS. NEGA ALERGIAS OU DMZ. LOSARTANA 50MG 12/12H			
21 - Condições que justificam a internação			
CIRURGIA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
EXAME FISIOLÓGICO + RX			
23 - Diagnóstico Inicial / Código			
FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA			
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas	
S82.2	W199		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado		28 - Código do Procedimento	
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA		0415020059	
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	700402985368947
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA		19/04/2019	24500

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Ato. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CSOR
39 - () Ato. Trabalho Trajetado			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado
() Aposentado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Orgão Emissor
		E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNE () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	

Código do Laudo:

AIH
261910217399-6

AIH
261910217400-7

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Número do Registro: 2019/EM007873 Data e Hora de Atendimento: 19/04/2019 18:27 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: *Nº 85666190*
Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: **ODETE MARIA DE FRANCA LIMA** Registro SUS: **203378279440008**
Nascimento: 14/12/1958 Idade: 60 Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Não Informado Profissão: Naturalidade: CARPINA-PE Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: **3005519** Filiação: **SEVERINO JOSE DE FRANCA**
MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA
Endereço (Av., Rua, etc.): **RUA BELA VISTA Nº2** Complemento: **CASA**
Bairro: **CENTRO** Cidade: **GOIANA** UF: **PE** Telefone: **92838057**
Acompanhante: **ESPOSO-CARLOS**
Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO** - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: **VIA PÚBLICA**

Meio de Transporte: **Carro**

AValiação DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

- ☐ Febre ☐ Vômito ☐ Dificuldade de respirar ☐ Tosse
☐ Taquicardia ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☐ Tonturas ☐ Fraqueza ☐ Confusão
☐ Fadiga ☐ Distúrbios visuais ☐ Paroslesia e/ou Paralisia de parte do corpo
☐ Dor Local: **Costa com perda de movimento**
☐ Queixa urinária: **Acidose de metab.**
☐ Sangramento: Local
☐ Outras queixas:

Encaminhamentos

- ☐ Clínica Geral
☐ Pediatra
☒ Ortopedia
☐ Serviço Social
☐ Maternidade
☐ Enfermagem
☐ Outros:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos

- ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos ☐ Asma/Bronquite ☐ Alergias
☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Têgismo ☐ Enfisema ☐ Alcoolismo ☐ AVC
☐ Outros:
☐ Uso de medicamentos: **Não há uso**

Classificação:

Sinais Vitais

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m

Exames Diagnósticos auxiliares

- ☐ Glicemia Capilar **145** mg/dl

Patricia Nunes C. C. Silva
COREN-PE 141567 ENF. IS
ENFERMEIRA

Ass. Enfermagem

AValiação MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HDA)

Ata de Exame Físico: 10.2.20
Ortopedia Local / Perda de movimento
8 AC. Trauma físico

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

CID 10:

85.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, Nº 175, St. 402 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 474184

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **ODETE MARIA DE FRANCA LIMA** Prontuário: 124915
Idade: 60a 4m 4d Sexo: F Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 14/12/1958
Profissão: Escolaridade:
R.G.: C.P.F.: Telefone: 89634529 CEP 55900974
Endereço: RUADA SOLEDADE - CENTRO - GOIANA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 19/04/2019 22:56
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERD2-EXTRA
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
Endereço: - Número:
Telefone: Cidade: Estado civil: 05/05/19

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/05/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: LIMPEZA ORTÓXICA
Diagnóstico Principal.....: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA RANHA DIREITA
Diagnóstico Secundário01.:
Diagnóstico Secundário02.:
Ficamento.....: RIFI COM PLACAS E PARAFUSOS
Médico e CRM: 05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/01/19
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE, PE
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 05 de Maio de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



W. Paul Rogers.
Nov. 5 1866

Gula de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL DELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO: XII GERES

vin de Saïde:

Colt 1 Mar 7 30 Colt

Com:

Profissão: _____

Temp. de: 43: 07 horas do dia, 18 de 10 de

do do diente atual:

Oliveira, Antônio

www.4u.ac.uk

Deb. 1000.000.000

the chair outlets.

Diagn ostica: F. rubrum ver. 1 ver. 2 ver. 3 ver. 4 ver. 5 ver. 6 ver. 7 ver. 8 ver. 9 ver. 10 ver. 11 ver. 12 ver. 13 ver. 14 ver. 15 ver. 16 ver. 17 ver. 18 ver. 19 ver. 20 ver. 21 ver. 22 ver. 23 ver. 24 ver. 25 ver. 26 ver. 27 ver. 28 ver. 29 ver. 30 ver. 31 ver. 32 ver. 33 ver. 34 ver. 35 ver. 36 ver. 37 ver. 38 ver. 39 ver. 40 ver. 41 ver. 42 ver. 43 ver. 44 ver. 45 ver. 46 ver. 47 ver. 48 ver. 49 ver. 50 ver. 51 ver. 52 ver. 53 ver. 54 ver. 55 ver. 56 ver. 57 ver. 58 ver. 59 ver. 60 ver. 61 ver. 62 ver. 63 ver. 64 ver. 65 ver. 66 ver. 67 ver. 68 ver. 69 ver. 70 ver. 71 ver. 72 ver. 73 ver. 74 ver. 75 ver. 76 ver. 77 ver. 78 ver. 79 ver. 80 ver. 81 ver. 82 ver. 83 ver. 84 ver. 85 ver. 86 ver. 87 ver. 88 ver. 89 ver. 90 ver. 91 ver. 92 ver. 93 ver. 94 ver. 95 ver. 96 ver. 97 ver. 98 ver. 99 ver. 100 ver. 101 ver. 102 ver. 103 ver. 104 ver. 105 ver. 106 ver. 107 ver. 108 ver. 109 ver. 110 ver. 111 ver. 112 ver. 113 ver. 114 ver. 115 ver. 116 ver. 117 ver. 118 ver. 119 ver. 120 ver. 121 ver. 122 ver. 123 ver. 124 ver. 125 ver. 126 ver. 127 ver. 128 ver. 129 ver. 130 ver. 131 ver. 132 ver. 133 ver. 134 ver. 135 ver. 136 ver. 137 ver. 138 ver. 139 ver. 140 ver. 141 ver. 142 ver. 143 ver. 144 ver. 145 ver. 146 ver. 147 ver. 148 ver. 149 ver. 150 ver. 151 ver. 152 ver. 153 ver. 154 ver. 155 ver. 156 ver. 157 ver. 158 ver. 159 ver. 160 ver. 161 ver. 162 ver. 163 ver. 164 ver. 165 ver. 166 ver. 167 ver. 168 ver. 169 ver. 170 ver. 171 ver. 172 ver. 173 ver. 174 ver. 175 ver. 176 ver. 177 ver. 178 ver. 179 ver. 180 ver. 181 ver. 182 ver. 183 ver. 184 ver. 185 ver. 186 ver. 187 ver. 188 ver. 189 ver. 190 ver. 191 ver. 192 ver. 193 ver. 194 ver. 195 ver. 196 ver. 197 ver. 198 ver. 199 ver. 200 ver. 201 ver. 202 ver. 203 ver. 204 ver. 205 ver. 206 ver. 207 ver. 208 ver. 209 ver. 210 ver. 211 ver. 212 ver. 213 ver. 214 ver. 215 ver. 216 ver. 217 ver. 218 ver. 219 ver. 220 ver. 221 ver. 222 ver. 223 ver. 224 ver. 225 ver. 226 ver. 227 ver. 228 ver. 229 ver. 230 ver. 231 ver. 232 ver. 233 ver. 234 ver. 235 ver. 236 ver. 237 ver. 238 ver. 239 ver. 240 ver. 241 ver. 242 ver. 243 ver. 244 ver. 245 ver. 246 ver. 247 ver. 248 ver. 249 ver. 250 ver. 251 ver. 252 ver. 253 ver. 254 ver. 255 ver. 256 ver. 257 ver. 258 ver. 259 ver. 260 ver. 261 ver. 262 ver. 263 ver. 264 ver. 265 ver. 266 ver. 267 ver. 268 ver. 269 ver. 270 ver. 271 ver. 272 ver. 273 ver. 274 ver. 275 ver. 276 ver. 277 ver. 278 ver. 279 ver. 280 ver. 281 ver. 282 ver. 283 ver. 284 ver. 285 ver. 286 ver. 287 ver. 288 ver. 289 ver. 290 ver. 291 ver. 292 ver. 293 ver. 294 ver. 295 ver. 296 ver. 297 ver. 298 ver. 299 ver. 300 ver. 301 ver. 302 ver. 303 ver. 304 ver. 305 ver. 306 ver. 307 ver. 308 ver. 309 ver. 310 ver. 311 ver. 312 ver. 313 ver. 314 ver. 315 ver. 316 ver. 317 ver. 318 ver. 319 ver. 320 ver. 321 ver. 322 ver. 323 ver. 324 ver. 325 ver. 326 ver. 327 ver. 328 ver. 329 ver. 330 ver. 331 ver. 332 ver. 333 ver. 334 ver. 335 ver. 336 ver. 337 ver. 338 ver. 339 ver. 340 ver. 341 ver. 342 ver. 343 ver. 344 ver. 345 ver. 346 ver. 347 ver. 348 ver. 349

10

AT 5000 FT. JAG. A. M. 1911

...to a job.

aries to a (a): 29

100

do dia. de

Costs are obtained from

Colocar a observação clínica por

Ass. Medico - CRM., Curimbo de Nogueira do Medico em letra de forma

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 800 700

Rua da Aurora, nº 175, Sl 902 BL-C
 Bom Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 474180 Prontuário: 124915 SAME: 111690 Hora Atend: 21:55 Data Atend: 19/04/2019
Paciente..... : ODETE MARIA DE FRANCA LIMA Idade: 60 a
Endereço..... : RUADA SOLEDADE
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano.: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 19/04/2019 Hora Saída : 22:55

Prestador da Evolução Médica: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/04/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE




HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/04/2019 21:53


Nome Paciente: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA
Cód. Paciente: 124915
Data de Nascimento: 14/12/1958
Sexo: Feminino
Idade: 60
Senha: P0011
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 474180
SAME: 111690

Período: 19/04/2019 22:08 - 19/04/2019 22:13

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: POLITRAUMA ACIDENTE DE MOTO X MOTO
APRESENTANDO DOR EM REGIAO TNZ DIREITO
CHEGA COM MEMBRO CURATIVO OCLUSIVO POR ATADURA
FRATURA EXPOSTA .NAO UTILIZAVA CAPACETE E NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA
ALCOOLICA. SEM RELATO DE PERDA CONSCIENCIA E VOMITOS, LEMBRA DE TODO
ACIDENTE.
CHEGA COM 01 RX (IMAGEM)

Observação: HOSPITAL BELARMINIO CORREIA SENHA 5666199.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 73.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 86.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

*Ratifico
Paciente
relato
que não tem
nenhuma lesão*

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/04/2019 22:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

02.892.494/0001-41
TRACAJA (RJ)
DE SEGUROS LTDA

Página 1 de 1

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA REG:124915

IDADE: 60 SEXO: F DATA DA ALTA 5/5/2019 DATA DA ADMISSÃO 19/04/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 19/04/2019: LC+DC+FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO

03/05/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM FÍBULA + PLACA "T"
EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA

DIREITA


ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO (ANDAR COM DUAS MULETAS)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 56315
Paciente : 124915
Convênio Atend. : 1
Leito : 76
Dt. Início : 03/05/2019 14:50
Cid Pré-Operatório : S823
Cid Pós-Operatório : S823

Sala : 0002 SALA 02
ODETE MARIA DE FRANCA LIMA
SUS - INTERNACAO
ORTL-512-LEITO 004
Dt. Fim : 03/05/2019 17:35
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Atendimento : 474184
Carteira :
Idade : 60 Anos

Procedimentos

Procedimento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 002 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIÃO 17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA
CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TRANSARTICULAR+ RAFI COM PLACA 1/3 CANO EM FIBULA + PLACA "T"
EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA DIREITA
CIRURGIÃO: DR ITALO GALIZA
1º AUXILIAR: DRA IANELE BRAGA
2º AUXILIAR: DR THIAGO MENDONÇA
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE LATERAL DE 8CM CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA, OBSERVADA FRATURA COMINUIDA DA FIBULA;
6. APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 10 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAIS E 1 DISTAL AO FOCO DE FRATURA E 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA TOTAL DISTALMENTE;
7. INCISÃO DE PELE DE 4CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DE CERCA DE 4 CM EM FACE MEDIAL PROXIMAL DE PERNA DIREITA; OBSERVADO SOFRIMENTO CUTÂNEO EM FACE MEDIAL PROXIMAL A INCISÃO DISTAL REALIZADA; OBSERVADO TAMBÉM GRANDE COMINUIÇÃO DE FRATURA EM TIBIA;
8. DISSECÇÃO POR PLANOS; UTILIZADO PROVISORIAMENTE FIO K 4.0 PARA OTIMIZAR REDUÇÃO;
9. PASSAGEM PLACA "T" 4,5 MM TIPO PONTE 3X12 FUROS, FIXADA COM 3 PARAFUSOS DISTALMENTE, SENDO 2 ESPONJOSOS ROSCAS TOTAIS E 1 CORTICAL E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMALMENTE AO FOCO DE FRATURA;
10. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS;

OBS: OBSERVAR CONDIÇÕES DE PELE EM FACE MEDIAL ANTES DA ALTA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A):

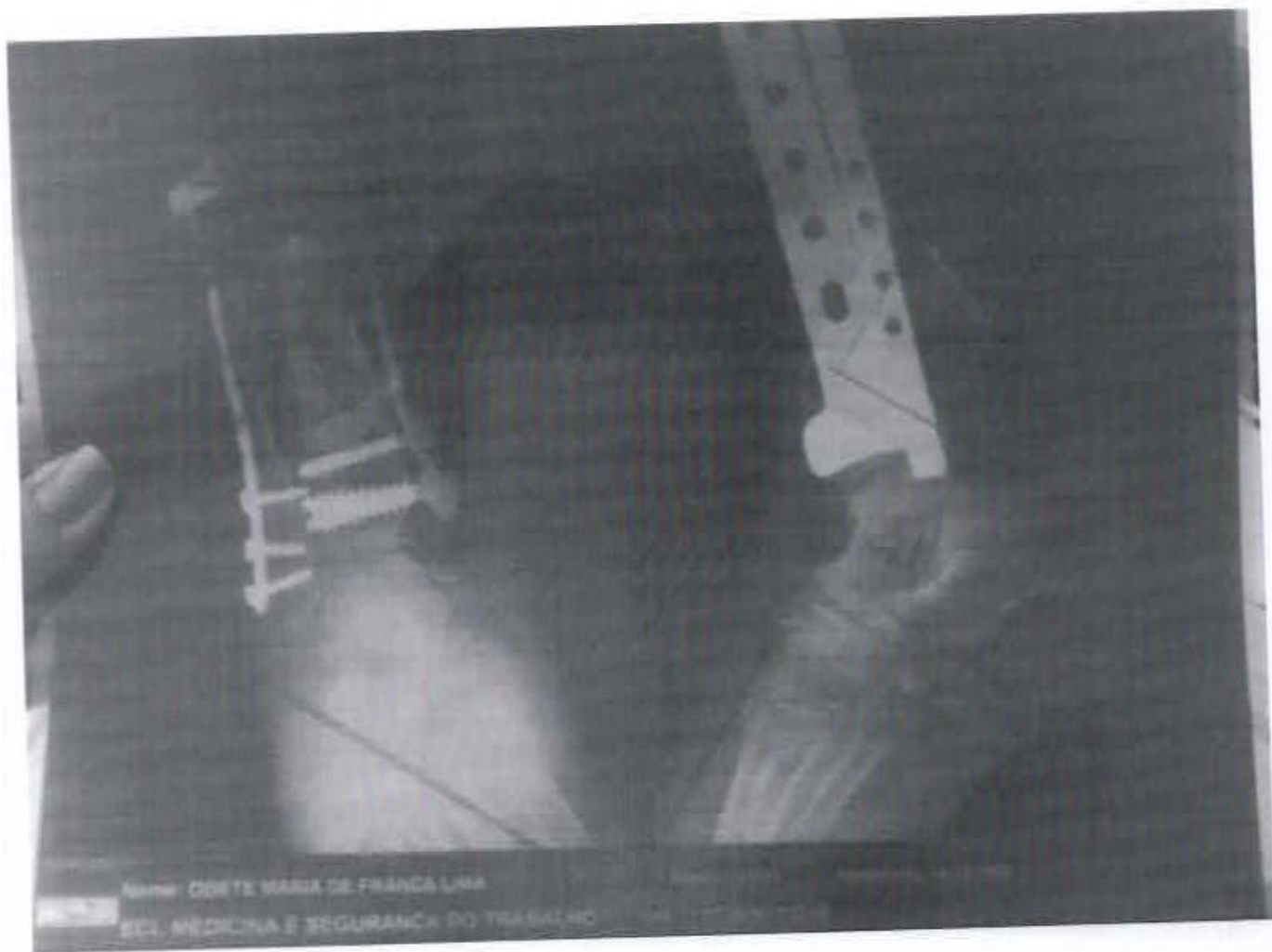
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/05/2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-000
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/01/2019
Rua da Aurora, 119-175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Scanned by CamScanner



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 19/04/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 18/04/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Odete Maria de Franco Lima.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta do osso da perna direita.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Limpesa cirúrgica e fixação externa. do Tibia. osteossíntese de fratura do osso da perna dir. com placa e parafusos. fisioterapia motora 30 sessões.	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1ª	Do, déficit de força e Adm no tornozelo
2ª	e péso direito. com atrofia muscular,
3ª	levando a perda funcional de 50%.
4ª	no membro inferior direito.
5ª	

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE <u>12/05/19</u> A <u>12/08/19</u> E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
<u>Goiana PE</u>	<u>12/08/19</u>
LOCAL	DATA

Dr. Alisson F. P. Vairo
 CRP 01280/2019
 OAB 17000

ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 AUG 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/10/2019
Rua da Aurora, 181 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do acidente: 19/04/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULA COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do acidente: 19/04/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULAÇÃO COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 3/4/12/14

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280516/19

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

CPF: 453.335.214-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODETE MARIA DE FRANCA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ODETE MARIA DE FRANCA : 453.335.214-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: ODETE MARIA DE FRANCA
CPF: 453.335.214-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ODETE MARIA DE FRANCA

Steffany Carolyn Lins Veloso

