



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
74039 924	25/01/2021 13:54	<u>ANEXO 1</u>



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

Pag. 01869/01870 - carta_01 - INVALIDEZ



00020935

Carta nº 14713517



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 2

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

Pag. 00749/00750 - carta_15R - INVALIDEZ



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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº deidente ou ASL: **453.335.214-68** Nome completo da vítima: **Dante Maria de Franca Lima**

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

Nome completo: **Dante Maria de Franca Lima**
 Profissão: **funcionário** Endereço: **Rua Solidade**
 Bairro: **Centro** Cidade: **João Pessoa** Estado: **PE**
 E-mail: **assessoria.pj@pj.pe.gov.br** CEP: **55400-000**
 Tel (DDP): **(83) 3626-3471**

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

RENDIMENTO: RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Converte 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: **0774** CONTA: **34050** (3) (Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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, desse 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 invalidade 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.

Peço motivo aclarado, se houver, o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 39, §1º, deslizando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 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: Vivos: Felicíssimos: Vítima deixou nascitura (vel nascit)?: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos?: Sim Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura: _____

2º | Nome: **05.802.494/0001-41**
 CPF: _____ TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

Assinatura: **15 AGO 2019**

Local e Data: **João Pessoa - PE 12.08.2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina a RGO

Xodante maria de Franca Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Julio
 Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário (RGO ou RG) na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS.001.V001/2018

RECIFE-PE
 50.060-010





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE/PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 5

**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 TIBIA 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 causalidade: 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

Tiago Martins Formiga

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

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

Carimbo com Nome e CRM



25/07/2019 08:58

de 2



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLICIA DA 044ª CIRCUNSCRICAO - GOIANA -
 DP44ª CIRC DINTER1/11ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0134002325

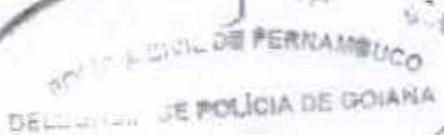
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 25/07/2019 às 08:58

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 15/4/2019 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/LAGENTE)
 ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s):
 Sr(s): DESCONHECIDO

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

ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mês:
 MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANÇA Pai: SEVERINO JOSÉ DE FRANÇA Data de Nascimento:
 14/12/1988 Naturalidade: CARPINHA / PERNAMBUCO / BRASIL
 Residencial: GRÉMIO DA PONDA - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL PRÓXIMO A: RUA
 SOLEDADE, 258 - CEP: 5 - 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 (VEÍCULO) de propriedade do(s) Sr(s): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(s): DESCONHECIDO
 Categoría/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto: TRACABORRETTA
 apreendido: Não
 Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

802.494/0001-41
 TRACABORRETTA
 DE SEGUROS LTDA
 15 AGO 2019
 Rua da Aurora, 1175, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

Complemento / Observação

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



de 2

25/07/2019 08:45

o/etim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/B0EPrevie...

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 BELINHINO CORREIA, GOIANA-PE, ONDE RECESEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES EM PAULISTA-PE, ONDE REALIZOU DUAS CIRURGIAS;

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

Odete maria de franca lima

ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA
(VITIMA)



B.O. registrado por: STEFANO VILARIM DE MATTOS - Matrícula: 221637-1



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 Anos 779

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 8



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	453.335.214-68	Dona Maria de Franca Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP. N° 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	CEP:
Dona Maria de Franca Lima	funcionária	Rua Solidade	453.335.214-68
Barro	Cidade:	Estado:	Número: 950 Complemento: -
Centro	João Pessoa	PE	CEP: 53000-000
E-mail:	Tel. (DD): (83) 3626-3471		
assessoria.joao@outlook.com.br			

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Sómete para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Sómete de banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0774	AGÊNCIA: _____
CONTA: 34050	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(3)	(3)
(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.

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 atende 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 acinalado, 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 costas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §3º, 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 (vel nascit): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a Indenização do Seguro DPVAT por morte de aqueles 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: João Pessoa - PE 12.08.2019	TESTEMUNHAS
Nome: _____	1º Nome: _____
CPF: _____	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A BOGO

Assinatura da Vítima/beneficiário beneficiante: <i>Dona Maria de Franca Lima</i>	Assinatura do Procurador (se houver): <i>filho</i>
--	--

Assinatura do Representante Legal (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. O formulário deve ser assinado na presença de 3 (três) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do ínter teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

TESTEMUNHAS
1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
3º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LIDER

EVOLUÇÃO:

Continuação...

Per cl hist. de trauma em 1/3 inferior da jam. O
ECC na parte posterior. Det levou à mobilização
soft. neuromotoras.

col: R - x Panner + Tornozelo. → fract. Tibio/fem.
Imobilização:

• CEFALOTINA 2g BV Ayora.

SAT 5000,03 INJ

Encamamento, pt. sólido ou $\frac{1}{2}$ reforçado pl
TTº anágua al emergência.

Dipirona 1amp + AD

19/04/2019
Dr. TONILO GOMES
MAGISTERIO CLINICO
ESTRUTURA CLINICA
Nego

Evolução Enfermagem

20/4/19 Paciente com fratura exposta no rebordo
após corte de metro, transferido para o hospital
não mais, com auxílio da técnica Brum.

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
CRM: 5802494/0001-41
MATRÍCULA: 229.8774

ALTA

Data:	19/04/19
Horário:	20:45
Residência:	
Internação:	
Quito:	
Transferência:	2

Hospital: Miguel Arruda | Senha: 5666140

Médico - CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Cadastramento: 19/04/2019 18:27:44 ROSALIA

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

15/04/19

Rua da Adora, 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
REC/ST/SP



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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 12

Atendimento: 474180

Senha da Classificação:

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

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

FACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA CONISTA ORTOPEDIA

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

C MÃE: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA MÉDICO Atendimento: PAULAFSC

Pai: SEVERINO JOSE DE FRANCA

ENDEREÇO: TANCREDO NEVES N°: 22

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIANA

Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Door + 1 ferida l, r, m, perna Q apoi no calcanhar motilidade ligeira.
20 + 07 horas. Nega cirurgia. Dto 2 Q. / HAS Q. (lesão dura 30 dias)*

Exame Físico

Door, rosado, ortostá, epopeia

Hipótese Diagnóstica

Fr. exposto l ossos de perna Q (1/3 distal) + hematoma ligeiro

Prescrição Médica

*Urgente
2000 5/1000*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: Encaminhado ao Ambulatório Residência
 Transferido: Para _____
 Encaminhado ao setor de internação

Senha:

05-802-494/0001-41
TRACÃO CORRENTEIRA
DE SEGUROS LTD

15/07/2019
Rua da Aurora, n° 175, 9.902 BL C
Boa Vista - CEP 50060-010
MEF/UFSC



ENFERMAGEM:

Continuação:

Per c/ fract. de Tíbia em 1/3 inferior dir para m. O
e FCC na parte posterior. Dois feris à mobilização
e alt. neuromotoras.

col: R - Xg Panner + Tornozelo. → fract. Tíbia/frm.
Imobilização.

CEFALOTINA 2g EV Agora.

SAT 5000 CI INJ

Encaminhada p/ polícia de Friburgo p/
TT° cirúrgica de emergência.

Dipirona 1000 + AD 19/04/2019

Francisco Guedes de Oliveira
Enfermeiro - Técnico de Enfermagem
CNPJ: 23.519.978/0001-10
RG: 11.000.000/0001-10

Evolução Enfermagem:

20/04/2019 Paciente com fractura exposta no perna d
apo queda de moto. Transferido para o Hospital
Regional de Joinville, com envio da técnica Bruxa.

Dr. Francisco Guedes de Oliveira
CREF/SC 1979PE - FI
MATRÍCULA: 229.8776

ALTA

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

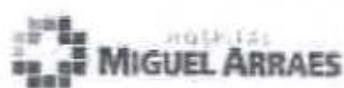
Médico - CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Cedestramento: 19/04/2019 18:27:44 ROSALIA | Impressão: 19/04/2019 18:32:19 ROSALIA | 15/04/2019

Rua da Aurora, 19775, 51.902-000
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RN/07/20





EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME:ODETE MARIA DE FRANCA LIMA REG:124915

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ FÍTOS: _____

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 PERN
	HD: FX EXPOSTA DO OSSOS DA Perna Direita + fix multibloco MTT (2).
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
20/4/2019	# SETA SR
08:45	HD: FX EXPOSTA SE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNITA (2)
	RO: ANOTANDO: LIGA+ FIXAD EXTREMA TRANSANATLANTICO.
	PACIENTE EVOLUI ESTABIL, SEM QUES.
	EBB, LOTE, EVINETA, REFERM.
	# CR: PERNITA NOVA PRATICAMENTE SINTOMA
	DATA: 05/04/2019 09:49:00 SÉRIE: 051692-494/00 ESTRADA CORPO DE SÉGUROS

Itaú da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL.
Bos. Vista - CEP: 50.060-010
REC/SE-09





PERNAMBUCO
UNIVERSO DE ESTADOS



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 TORNOCOLO
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 EGRESO SIM() NÃO()

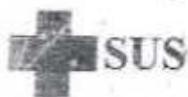
DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/05/2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 B
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECET/SE





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431568
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431568

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente ODETE MARIA DE FRANCA LIMA	6 - Nº Prontuário 124915			
7 - Cetido Nacional do SUS 56200701041505	8 - Data de Nascimento 14/12/1958	9 - Sexo Masculino	10 - Raça Cor 03 - Parda	11 - Etnia 0000 - Não Se Aplica
12 - Telefone de Contato 819634529				
13 - Telefone de Contato 89634529				
ATENDIMENTO: 476269 REGISTRO:124915 PACIENTE.....: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA NASCIMENTO.: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO MÃE.....: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA PAI.....: SEVERINO JOSE DE FRANCA ENDERECO...: TANCREDO NEVES BAIRRO....: CENTRO CIDADE.....: GOIANA				
nº: 22 17 - IBGE 250620 18 - UF PE 19 - CEP 55900974				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sintomas e Sintomas Clínicos
21 - COM DOR + DEFORMIDADE + SANGRAMENTO EM Perna Direita APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA + 03 HORAS. NEGA ALERGIAS OU DMZ.
(SARTANA 50MG 12/12H)

22 - Condições que justificam a internação
CIRURGIA

23 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
EXAME FÍSICO+ RX

24 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURAS MULTIPLAS DA Perna

S827
S833
W199
S99

24 - CID 10 Principal

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Asociadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA

28 - Especialidade CIRÚRGICA	30 - Caráter de Atendimento 2	31 - Documento (X) CNS () CPF	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 700402985365847
do Profissional: Solicitante/Assistente		34 - Data de Solicitação 19/04/2019	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho) 24589

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBO
38 - () Acid. Trabalho Trajetô			

45 - Vínculo com a Previdência

46 - () Empregado	47 - () Empregador	48 - () Autônomo	49 - () Desempregado	50 - () Aposentado
--------------------	---------------------	-------------------	-----------------------	---------------------

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizado	47 - Cód. Orgão Emissor E260000001
--------------------------------------	---------------------------------------

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado
() CNS () CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
--------------------------	--

AIH
261910217399-6

AIH
261910217400-7

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Código do Laudo: 474180
15 MAR 2019
Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 BLC
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

Myd.
05666190

Nº do Registro: Data e Hora de Atendimento: Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada:
2119/EM007873 19/04/2019 18:27 Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Identificação
165366 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA
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 N02 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 92638057
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 Torturas Fraqueza Confusão
 Fadiga Distúrbios visuais Parafasia e/ou Paralisia de parte do corpo
 Dor. Local COTIL EM PERTO DE NESTE
 Queixa urinária ACIDENTE DE MOTO
 Sangramento. Loc. _____
 Outras queixas: _____

Encaminhamentos

Clínica Geral
 Pediatra

 Ortopedista
 Serviço Social
 Maternidade
 Enfermagem
 Outros: _____

Classificação:

Patrícia Nunes C. C. S/N
COREN-PE 14567 ENF - IS
ENFERMEIRA

Ass. Enfermagem

Sinais Vitais

P.A. _____ x _____ mmHg Tm _____ °C Pm _____ bpm F.R.m _____

Exames Diagnósticos auxiliares

Glicemia Capilar 175 mg/dl

AVALIAÇÃO MÉDICA

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

pt laurh 16AIM: 10x1
O seu fach fo ronel (C2)
8 AL- Paura fobia

Exame Físico: Peso: _____ kg

Hipótese diagnóstica / conduta

Código de Atendimento:

CID 10:

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/04/2019

256

0303000200-270

Rua da Aurora, nº 173, 5º andar
Boa Vista - CEP 50.060-010
3000-000





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
Origem: URGENCIA/EMERGÉNCIA	Dados da Internação		
Convênio: SUS - INTERNACAO	Data e Hora da Internação: 19/04/2019 22:56	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:	
Teléfono:	Cidade:	Estado civil:

974 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: VITALICEMENTE ONDE

Diagnóstico Principal.....: FRATURA EXPONTE OS OSSOS DA RÔTULA DIREITA

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: RAFI COM PLACAS E PARAFUSOS

REVISADO
CORRIDA
05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 MAR 2019

Médico e CRM:

Rua da Aurora, N° 115, SL 902 BLO
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Karla Antonia de Lima
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, anestesias, 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 10 de Abril de 2010

Carla Antonia de Lima
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



XII Gira
Regional de Sudeste - XII GERAES
2015

XII Gabinete Regional de Saúde - XII GERES
Hospital Belém/rio Correia

Guia de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL MELÂMINO CORRÊA DE GOIÂNIA

REGIÃO: XII GENE

Profissão:

11

112

110

111

26

e 20

11

Tratamiento hospitalario

— Carambo de Nostra-tp. Keduliko em. Iletra de forma

170

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 10175-51400-8610
São Paulo - CEP: 040360-010
REF: 001-00



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
15/01/2019
Rua da Aurora, 11175, 51.902 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

15/05/2019

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



Aviso de Cirurgia: 56315
Paciente: 124915
Convênio Atend.: 1
Leito: 78
Dt. Início: 03/05/2019 14:50
Cid Pré-Operatório: S823
Cid Pós-Operatório: S823

Ficha de Cirurgia Descritiva
Sala: 0002 SALA 02
ODETE MARIA DE FRANCA LIMA
SUS - INTERNACAO
ORTL-612-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

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

CIRURGIAO
ESTESISTA

17186 ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA
3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição

Descrição Cirúrgica:

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

1. PACIENTE EM DDH SÓB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE LATERAL DE 8CM CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECCÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA, OBSERVADA FRATURA COMINUIDA DA FÍBULA;
6. APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 10 FUROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAS E 1 DISTAL AO FOCO DE FRATURA E 2 PARAFUSOS ESPOJOSOS 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 PERNAS;
REITA; OBSERVADO SOFRIMENTO CUTÂNEO EM FACE MEDIAL PROXIMAL A INCISÃO DISTAL REALIZADA; OBSERVADO
AMBÉM GRANDE COMINUIDA DE FRATURA EM TIBIA;
8. DISSECCÃO 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 ESPOJOSOS
ROSAS 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;

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

Itachados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

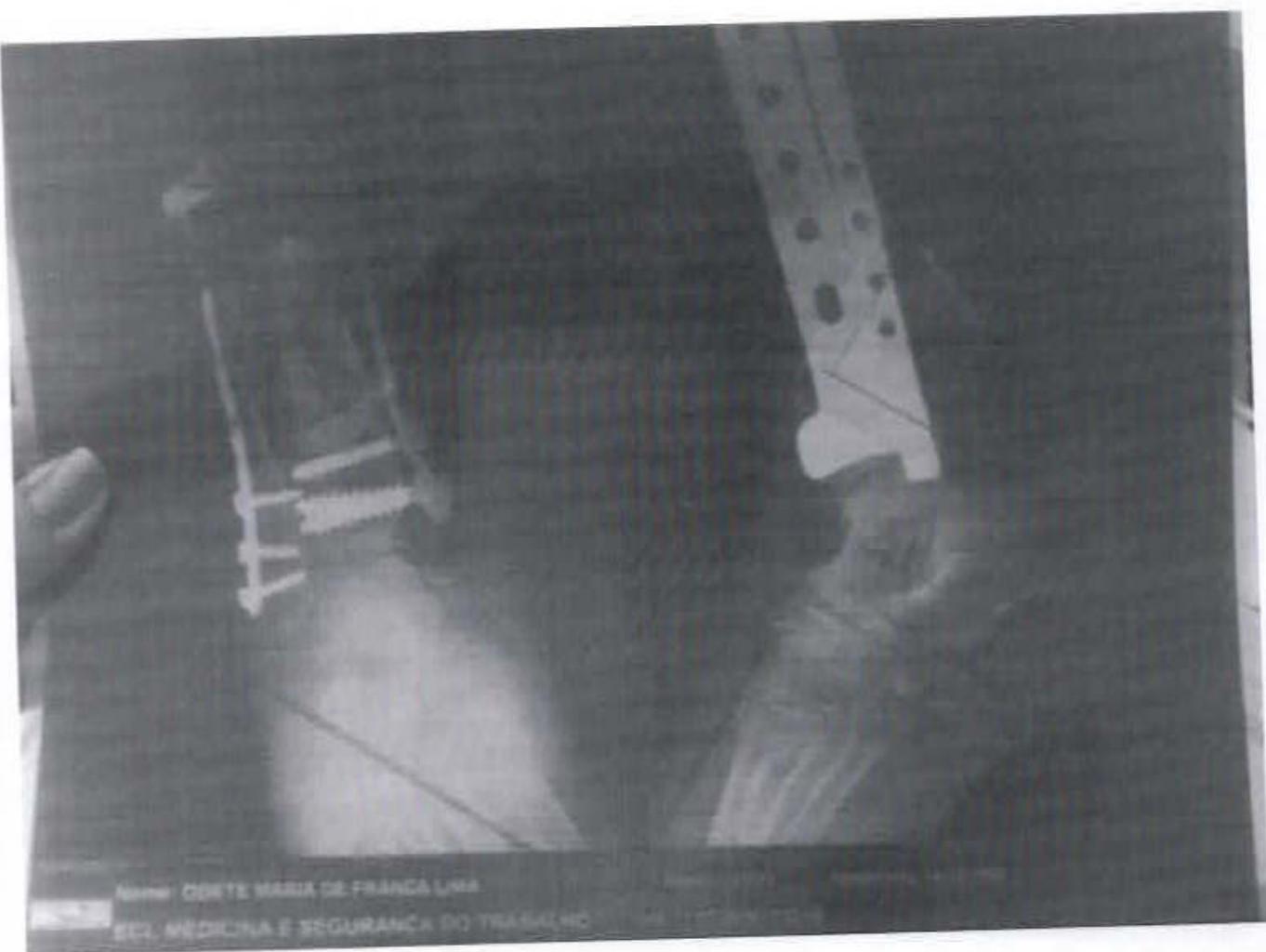
DR(A):

05.802-494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/05/2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-080
RECIFE - PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Nome: CONTE MARIA DE FRANCA LIMA
RG: 11.111.111-1
MÉDICO, MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 375, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 26

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 19/09/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 18/04/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Odete maria da franco hanna	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta do osso do punho direito.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Limpagem cirúrgica e fixação externa do Tíbia. Osteosíntese de fratura do osso do punho dir. com placas 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: 1) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. 2) 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	
1º Dor, déficit de força e fixa no tornozelo e punho direito com atrito vascular levando a prejuízo funcional da mão. 2º no membro inferior direito.	

AFIRMO QUE ASSISTI OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/03/19 A 12/08/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR CRM-PE 17720 Vila RECIFE-PE
Local Soiana PE	Data 12/08/19	Assinatura e Carimbo

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 2019

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





05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 117 710
Rua da Aurora, 10 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.066-010
RECIFE - PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 28

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 PERNAS DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNAS 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 PERNAS EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOCOLO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOCOLO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOCOLO 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:

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>

Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 30

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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ODETE MARIA DE FRANCA

Steffany Caroliny Lins Veloso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/01/2021 13:54:34
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513543399800000072571799>
Número do documento: 21012513543399800000072571799

Num. 74039924 - Pág. 32