
Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210048096

Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDSON OLIVEIRA 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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210048096

Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

Data do Acidente: 11/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDSON OLIVEIRA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000054076-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 026.377.374-41 4 - Nome completo da vítima: Edson Oliveira de Figueira

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

5 - Nome completo: Edson Oliveira de Figueira 6 - CPF: 026.377.374-41
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Tiradentes 9 - Número: 70 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alameda da Vitória 12 - Cidade: Maceió 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58308490
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 93.9991.9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 0913
AGÊNCIA: 1811 CONTA: 54076 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Maceió 08 de Janeiro 2021.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01785.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01785.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 06:26 horas do dia 02 de fevereiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Edson Oliveira de Franca**, CPF nº 026.377.374-41, nacionalidade brasileira, identidade de gênero masculino, filho(a) de Benedita Oliveira de Franca e Jose Luiz de Franca, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/10/1977 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Tiradentes, Nº 70, bairro Alto da Boa Vista, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Bayeux/PB.

Dados do(s) Fatos:

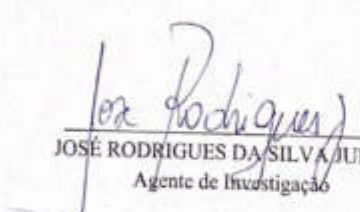
Local: Rua Venancio Neiva, Xx, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/20 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

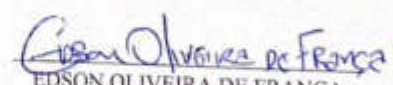
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 11/11/2020, POR VOLTA DAS 09:00, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA START DE COR PRETA, ANO 2019/20, PLACA QSL-0J28/PB, CHASSI 9C2KC2500LR003563, REGISTRADA EM NOME DESTE NOTIFICANTE NA RUA VENANCIO NEIVA, CENTRO, NESTA CAPITAL, QUANDO O CONDUTOR DE UM VEICULO ATE O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO ULTRAPASSOU O SINAL VERMELHO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRAURA DE 1/3 DISTAL DE TIBIA E FIBULA ESQUERDA, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME CERITDAO 0047/2021, EXPEIDA PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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

João Pessoa/PB, 02 de fevereiro de 2021.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


EDSON OLIVEIRA DE FRANCA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 026.377.374-41 4 - Nome completo da vítima: Edson Oliveira de Figueira

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

5 - Nome completo: Edson Oliveira de Figueira 6 - CPF: 026.377.374-41
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Tiradentes 9 - Número: 70 10 - Complemento:
11 - Bairro: Alameda da Vitória 12 - Cidade: Maceió 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58308490
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 93.9991.9283

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 0913
AGÊNCIA: 1811 CONTA: 54076 2 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (virescente)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 -
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Maceió 08 de Janeiro 2021.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

12/03/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

321004809601

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000054076

Número da Autenticação

A7BA6489D2A1D334

BENEDITA OLIVEIRA DE FRANCA
AV TIRADENTES, 70 - ALTO BOA VISTA
BAYEUX / PB CEP: 58308490 (AG: 1)

CPF/CNPJ/RANI: 926.626.144-04

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 6-8-882-120

Nº Medidor: 00008680089



UNIDADE CONSUM

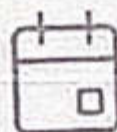
5/419065-8

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 0



VALOR DA FATURA

R\$ 78,12



VENCIMENTO

19/10/2020



REFERÊNCIA

Out / 2020



CONSUMO

94kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	94	0,788810	74,14	74,14	25
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			4,22	0,00	0
0804	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			-0,24	0,00	0
	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR DMIC 08/2020					



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Edson Oliveira de França		PROFISSIONAL Nº	
IDADE 43 anos	SEXO Mas	ESPECIALIDADE Ortopedia	END. 11072
DATA DE ADMISSÃO 11/11/2020	DATA DE ALTA 20/11/2020	TEMPO DE PERMANÊNCIA 11 (onze) dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura do 1/3 Médio de Ossos da Perna Esquerda		Nº 582.1	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo			
OUTROS DIAGNÓSTICOS			
FAIS EXAMES			
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA Rx de perna demonstrando redução de continuidade óssea da Tibia			
ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA			
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO		☐ NÃO-MOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐	
ÓBITO			

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna com placa 4,5mm e parafusos. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme foi realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

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

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

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Paracetamol.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para avaliação.

20/11/2020
DATA

Dr. Alexandre Gusmão
Ortopedia e Traumatologia
RUA 913 SÁO PAULO

ASS. MÉDICO / CRM

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



CERTIDÃO

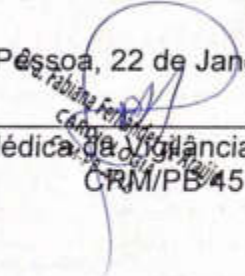
Nº. 0047/2021

Atendendo solicitação de **EDSON OLIVEIRA DE FRANCA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de ficha de atendimento nº 356333 e prontuário nº 2020.11.0957 pertencente ao paciente **EDSON OLIVEIRA DE FRANCA** que foi atendido no dia 11/11/2020 às 10h55min, vítima de colisão de carro x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do 1/3 distal de tibia e fíbula esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/11/2020. Com alta médica dia 20/11/2020.

E para constar eu Fabiana Fernandes de Araújo, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 22 de Janeiro de 2021


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 4516

CIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLE. VITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 360551 Atd: Nao Regulado
Data: 28/11/2020
Hora: 20:55:58
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE L
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDER MACENA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2020.11.002608

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 071.092.414-32

CNS: 898002753355411 Sexo: M IDENTIDADE: 2723802 Fone: 32294716

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 15/06/1982 Id: 38 ano(s)

End.: RUA PADRE FERREIRA, 132

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: MARILENE PEREIRA DOS SANTOS

Pai: JOSE MACENA DOS SANTOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: UNIAO ESTAVEL

Ocupação: DESEMPREGADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PRIMO ALAN

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

Prôcedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Qxa Principal

Observacao

VITIMA COLISAO CARRO E MOTO. MEMBRO INFERIOR DIREITO

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

+ Cirurgia Geral +

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU com história de colisão com o carro, quando de dir em MTD.

Diagnostico

Não entrosar queixo

Conduta

Não dar tórax e observar a saída de urina

Prescrição

Cloxy 15.

Horario da medicacao 2) 07h30 dia.

0 Dpimone 10mg + An, EV

Ev. Ort

Shas extensa partes nulas
ss. do siles

Dra. Silvana Serra
CRM-PR 10.700 / CRM-PE 24.006

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 28/11/12

Nome: Eder Macena dos Santos

Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____

Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: _____

HDA: Fractura de fêmur
estabelecido em plena D
sem fraturas

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

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

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

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

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

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

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx + Exame físico*

Hipóteses Diagnósticas: *fractura em punho*

Conduta: *Ag Bloco de LMC*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Eder Marana dos Santos</i>	Registro:			
Idade: <i>38a</i>	Sexo: <i>M</i>	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>28/11/20</i>	Cirurgião: <i>Dr. Valdeir</i>	1º Assistente: <i>Dr. Jairo</i>		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO		CID		
<i>Fernão de Costa</i>				
<i>Contusão em perna (D)</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO		CID		
<i>Doença</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO		
<i>L.M.C. Desbridamento</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

At em PPH sob Sedas
Assepsia + Antiseptico
Anestesia de campos. estom.

Incisão:

Achados:

Ferimento extenso em profundidade
Lesão de muscula (profund) gartura
menor

Conduta:

Realizada limpeza profunda
Anestesia de Soro
aproveitamos de pontos Moles
Gartura, curativo.

Fechamento:

OBS:

Data:

28/11/20

Dr. Valdeary Carvalho Jr.
CRM 7692 PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1083121353

PROIBIDO PLASTIFICAR

1083121353

NOME
EDSON OLIVEIRA DE FRANCA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
2192656 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
026.377.374-41 24/10/1977

FILIAÇÃO
JOSE LUIZ DE FRANCA
BENEDITA OLIVEIRA DE
FRANCA

PERMISSÃO

ACC

CALHAS

A

Nº REGISTRO
05156255201

VALIDADE
13/03/2020

1ª HABILITAÇÃO
09/03/2011

OBSERVAÇÕES

Edson Oliveira de Franca

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
16/03/2015



05108819374
PB030349214

JOAO PESSOA, PB (PACALIBA)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210048096

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

Data do acidente: 11/11/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda distal.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta claudicação da marcha, edema residual em tornozelo esquerdo, limitação de mobilidade do tornozelo esquerdo com déficit de força motora e hipotrofia muscular da perna esquerda.

Sequelas permanentes: Redução funcional moderada do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/03/2021

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo esquerdo devido a limitação da flexo-extensão.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210048096

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

Data do acidente: 11/11/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda distal.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta claudicação da marcha, edema residual em tornozelo esquerdo, limitação de mobilidade do tornozelo esquerdo com déficit de força motora e hipotrofia muscular da perna esquerda.

Sequelas permanentes: Redução funcional moderada do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 08/03/2021

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo esquerdo devido a limitação da flexo-extensão.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210048096 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA **Data do acidente:** 11/11/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA E DA FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO, SUTURA, PLACA E PARAFUSOS). P.1/6/7 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X-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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0042796/21

Vítima: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

CPF: 026.377.374-41

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/11/2020

Titular do CPF: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDSON OLIVEIRA DE FRANCA : 026.377.374-41

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/02/2021
Nome: EDSON OLIVEIRA DE FRANCA
CPF: 026.377.374-41

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/02/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

JOSIVAN GOMES DA SILVA