



Número: **0836249-65.2022.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **22/08/2022**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                                                                      |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                                      |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| EDSON OLIVEIRA DE FRANCA (AUTOR)                                                                            |                    | ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)<br>GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)<br>NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)                                                                                  |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                                                                                   |                   |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (REPRESENTANTE) |                    |                                                                                                                                    |                   |
| Documentos                                                                                                  |                    |                                                                                                                                    |                   |
| Id.                                                                                                         | Data da Assinatura | Documento                                                                                                                          | Tipo              |
| 75664898                                                                                                    | 05/07/2023 12:35   | <a href="#">2884946_CONTESTACAO_Anexo_02</a>                                                                                       | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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

Pag. 01575/01576 - carta\_02 - INVALIDEZ

00020788



Carta nº 16608184



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 12:35:28

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070512352820500000071281140>

Número do documento: 23070512352820500000071281140

Num. 75664898 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) 0913

AGÊNCIA: 1811 CONTA: 54076 2

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.

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 noção de herança? ☐ 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - Assinatura 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

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

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 12:35:28

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070512352820500000071281140

Número do documento: 23070512352820500000071281140

Num. 75664898 - Pág. 3



**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 José 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**.

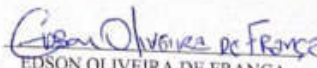
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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-0128/PB, CHASSI 9C2KC2500LR003563, REGISTRADA EM NOME DESTA 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 DESTA 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, expeço 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  
Notificante

Procedimento Policial: 01785.01.2021.1.00.401





## 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 ASI: 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: Alto da Boa Vista 12 - Cidade: Mayara 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58308490  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 93-9981-9283

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

MORTE

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: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou noção de herança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: ☐ Sim ☐ Não 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 AUTORIZADO

34 - (Impressão)

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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: 826.626.144-04

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

Nº Medidor: 00008680089



UNIDADE CONSUMO

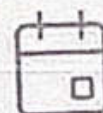
5/419065-8

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

| CDI  | Descrição                              | Quant | Tarifa c/<br>Tributos | Valor Base Calc<br>Total<br>(R\$) | Alíq<br>ICMS ICMS<br>(R\$) | ICMS<br>(R\$) |
|------|----------------------------------------|-------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------------|---------------|
| 0601 | Consumo em kWh                         | 94    | 0,789810              | 74,14                             | 74,14                      | 25 18,5       |
| 0907 | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS                 |       |                       | 4,22                              | 0,00                       | 0 0,00        |
| 0904 | CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA              |       |                       | -0,24                             | 0,00                       | 0 0,00        |
|      | COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DVIC 08/2020 |       |                       |                                   |                            |               |





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                               |                                |                                    |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|
| NOME <b>Edson Oliveira de França</b>                                          |                                |                                    |                                            |
| IDADE <b>43 anos</b>                                                          | SEXO <b>Mas</b>                | ETNIA                              | PROFISSÃO                                  |
| DATA DE ADMISSÃO <b>11/11/2020</b>                                            | DATA DE ALTA <b>20/11/2020</b> | CLÍNICA <b>Ortopedia</b>           | TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>11 (onze) dias</b> |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura do 1/3 Médio de Ossos da Perna Esquerda</b>    |                                |                                    | EXAME <b>SBP.1</b>                         |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>                                         |                                |                                    |                                            |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS                                                           |                                |                                    |                                            |
| EXAMES <b>RX de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</b> |                                |                                    |                                            |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA                                                     |                                |                                    |                                            |
| ANATOMIA PATOLÓGICA                                                           |                                |                                    |                                            |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                              |                                |                                    |                                            |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA                                                       |                                | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO |                                            |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIR ( ) CURADO ( )       |                                |                                    |                                            |
| ÓBITO                                                                         |                                |                                    |                                            |

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLEXIDADE)  
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:** Lavar com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. 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), Profilaxia.

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

Dr. Alexandre Gonçalves  
Ortopedia e Traumatologia  
RUBRICA SÍLO 06/11

20/11/2020

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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





## CERTIDÃO

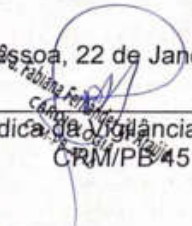
Nº. 0047/2021

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 Burity, 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



MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA  
COMPLEXO VITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOÃO 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  
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: EDER MACENA DOS SANTOS  
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  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
Resp.: PRIMO ALAN  
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD  
Preferencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU  
Vitima de acidente por: NAO  
Vitima de violência por: NAO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Queixa Principal

Observacao

VITIMA COLISAO CARRO E MOTO. MEMBRO INFERIOR DIREITO

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

+ Currgia Genl +

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente trazido pelo SAMU com história de  
colisão com o moto, querendo de dir em MTD.

Diagnostico

Não entendo quem  
Neste momento a conduta a ser dada é de MTD

Prescrição

Cloxy 15.

Horario da medicacao 2) 10 dias.

Opiniao do atp + at, eu

Eu - at

Assinatura médica  
Dr. Suelio

Dra. Silvana Serra  
CRM-PA 10.700 CRM-PE 24.000





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

**Nome:** Edson Macena dos Santos **Data de Admissão:** 28/11/2020  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**Escolaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**QPD:** \_\_\_\_\_  
**HDA:** fratura de fêmur  
aberto em péua  
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 Pescoco:** [ ] 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-reposu [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos  
**SN e PSO:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**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*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                                                                               |                        |                 |             |                 |             |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----|
| Nome:                                                                                         | Eder Macena dos Santos |                 |             | Registro:       |             |     |
| Idade:                                                                                        | 38a                    | Sexo:           | M           | Clínica:        | EMP:        | LR: |
| Data:                                                                                         | 28/11/20               | Cirurgião:      | Dr. Valdeir | 1º Assistente:  | Dr. Joviano |     |
| 2º Assistente:                                                                                |                        | 3º Assistente:  |             | Instrumentador: |             |     |
| Anestesista:                                                                                  |                        | Tipo Anestesia: |             | Horário:        | I:          | T:  |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO                                                                |                        |                 |             |                 | CID         |     |
| Herança de costela                                                                            |                        |                 |             |                 |             |     |
| contorno em perna (D)                                                                         |                        |                 |             |                 |             |     |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO                                                                |                        |                 |             |                 | CID         |     |
| Dm enino                                                                                      |                        |                 |             |                 |             |     |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)                                                                |                        |                 |             |                 | CÓDIGO      |     |
| L M C + Deslusamento                                                                          |                        |                 |             |                 |             |     |
| Acidente durante Ato Cirúrgico                                                                |                        |                 |             |                 | 1 ( ) Sim   |     |
|                                                                                               |                        |                 |             |                 | 2 ( ) Não   |     |
| 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 |                        |                 |             |                 |             |     |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

At em PPT sobre Seda  
 Anestesia + Antiespasm  
 Anestesia de campos estom

Incisão:

Achados:

Ferimento extenso em profundidade  
 Lesão do músculo (profund) gástrico  
 menor

Conduta:

Realizada: Ligateira Mecânica  
 Anestesia de Soro  
 Apoiamento de pontos Mols  
 Gástrica, carotídea

Fechamento:

OBS:

Dr. Valdeir Carvalho Jr.  
 CRM 1692 PB  
 Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Data: 28/11/20

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1083121353

NOME  
EDSON OLIVEIRA DE FRANCA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
2192656 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
026.377.374-41 24/10/1977

RELACÃO  
JOSE LUIZ DE FRANCA  
BENEDITA OLIVEIRA DE  
FRANCA

PERMISSÃO ACC CATIMAS  
[ ] [ ] A

Nº REGISTRO  
05156255201

VALIDADEZ  
13/03/2020

1ª HABILITAÇÃO  
09/03/2011

OBSERVAÇÕES

*Edson Oliveira de Franca*

ASSINATURA DO PORTADOR



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1083121353

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
16/03/2015

*[Signature]*

ASSINATURA DO EMISSOR

05108819374  
PB030349214

XX DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



## 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  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A  
**Data do acidente:** 11/11/2020  
**Titular do CPF:** EDSON OLIVEIRA DE FRANCA

### 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](http://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

