

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: 04/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDSON TEIXEIRA LEAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000022957-8

Nr. da Autenticação 55F5B9A419ACB59C

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180547796

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDSON TEIXEIRA LEAL

Data do acidente: 11/08/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.
TRAUMA LACERO CONTUSO NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO PERICIAL DO IML: Nº 8704/2018, DE: 25/10/2018, UF: SERGIPE. APRESENTA DEBILIDADE PERMANENTE NO PUNHO DIREITO.

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 dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

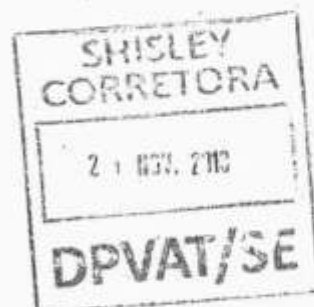
Assinatura:

**Laudo Pericial
Digitalizado**



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
EDSON TEIXEIRA LEAL

LAUDO Nº 8704/2018



ESTE LAUDO É DA COMPETÊNCIA DO

14/11/18


Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escritor de Polícia Judiciária



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORROBORAIS
Perícia Digitalizado

quinta-feira, 25 de outubro de 2018

Nº Laudo
8704/2018

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	EDSON TEIXEIRA LEAL	Nascimento	23/12/1971	Idade	47	Naturalidade	ARACAJU	UF	SE
Estado Civil	CASADO	Sexo	MASCULINO	Cor	PARDA	Profissão	PORTEIRO		
Instrução	XX	Nome da Mãe	IRAILDA TEIXEIRA LEAL	Nome do Pai	BENEDITO ALVES LEAL				
Endereço	RUA CABO HERMENEGILDO, 86	Bairro	SANTOS DUMONT	Município	ARACAJU				
Nome da Autoridade	BEL DANIELA LIMA BARRETO	Função	BEL DANIELA LIMA BARRETO	Unidade	DEDT				
1º Perito Relator	DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS	Cremeset/Crose	3296	2º Perito Relator					
Local da Perícia	Sala do IML	Tipo		Causa					

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciando que fora vítima de acidente de trânsito do tipo colisão entre a motocicleta que pilotava e uma Saveiro, fato ocorrido às 23h00 do dia 11/08/2018, nesta capital.

Descrição

Ao exame apresenta cicatrizes de feridas contusas do tipo escoriação, localizadas em punho e joelho direito. Durante o exame apresentou limitação leve dos movimentos do punho direito. Trouxe cópia de ficha de atendimento médico do HUSE onde consta que o periciando fora vítima de acidente de trânsito, apresentando fratura de terço distal do rádio direito. Foi submetido à redução incruenta e imobilização com tala gessada. Trouxe película de raio-X que evidencia fratura de terço distal do rádio direito em fase de remodelação óssea.

Comentário Médico/Conclusão/Questitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Resultaram, entretanto em dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Conclusão

Em face do exposto concluímos que do acidente, resultou para o periciando um dano permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a

14.11.18
Carlos Roberto de Almeida
Escritório de Polícia Judiciária

função motora do punho direito.

Exame realizado às 10h15 do dia 25/10/2018.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Sem elementos.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, dano funcional permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a mobilidade do punho direito.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. VICTOR ALONSO BARROS
3296

MASC/8704/2018

**Lauda Pericial
Digitalizada**

ESTO EXEMPLAR É DE USO INTERNO

14.11.18

Carlos Roberto Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: **EDSON TEIXEIRA LEAL**

Nº Sinistro: **3180547796**
EDSON TEIXEIRA LEAL

Data do Acidente: **11/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180547796**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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: 042137218	CPF da vítima: 453.436.405-91	Nome completo da vítima: Edson Teixeira Leal
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Edson Teixeira Leal	CPF: 453.436.405-91	
Profissão: sem profissão	Endereço: Rua Cabo Humenquedo dos Santos	Número: 86 Complemento:
Bairro: Santa Euzébia	Cidade: Aracaju	Estado: SE CEP: 49087-080
E-mail:	Tel.(DDD): (79)30237644	

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

RENDA MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: BANES	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(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.

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/>
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, **Aracaju/SE, 21/03/2019**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA PLANTONISTA NORTE - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008279/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/08/2018 09:33 Data/Hora Fim: 12/08/2018 10:27
Delegado de Polícia: Augusto Cesar Mendes Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/08/2018 23:00 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Avenida Alcides Fontes

Bairro: Jose Conrado De
Nº: 169
CEP: 49.080-649

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: Afastar-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou civil que lhe possa ser atribuída (Art. 305 da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: EDSON TEIXEIRA LEAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Idade: 46
Profissão: Porteiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Iraida Teixeira Elal Nome do Pai: Benedito Alves Leal
Em Serviço: Não

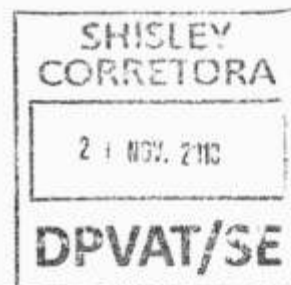
Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 883626
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 453.436.405-91

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA CABO HERMENEGILDO
Bairro: SANTOS DUMOND
Telefone: (79) 98851-2797 (Celular)

Nº: 86



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: QKT0435	Número do Chassi: *****07115
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: Branca
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Aracaju



Delegado de Polícia Civil: Augusto Cesar Mendes Oliveira
Impresso por: Jackson de Bomfim Oliveira
Data de Impressão: 12/08/2018 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 008279/2018

Marca/Modelo HONDA/CB 300R**Modelo** HONDA/CB 300R**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edson Teixeira Leal	Possuidor

Grupo Veículo**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão**Cor** branca**UF Veículo** Sergipe**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO CB 300 NA AVENIDA EUCLIDES FIGUEREDO SENTIDO HUSE, QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO O SINAL ESTAVA LIVRE PARA PASSAR (VERDE), QUE UM SAVEIRO BRANCA INVADIU O SINAL E COLIDIU EM SUA MOTO CAUSANDO DANOS MATERIAIS NO VEÍCULO E ATROPELANDO O CONDUTOR DA MESMA CAUSANDO LESÕES NO BRAÇOS E ESCORIAÇÕES NA PERNA, QUE APÓS O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL REGISTRA-SE E DÁ PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Jackson de Bomfim Oliveira
Responsável pelo Atestado



Edson Teixeira Leal
(Assinatura)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA PLANTONISTA NORTE - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008279/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/08/2018 09:33 Data/Hora Fim: 12/08/2018 10:27
Delegado de Polícia: Augusto Cesar Mendes Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 11/08/2018 23:00 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Avenida Alcides Fontes

Bairro: Jose Conrado De
Nº: 169
CEP: 49.080-649

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1226: Afastar-se o condutor do veículo do local do acidente, para fugir à responsabilidade penal ou civil que lhe possa ser atribuída (Art. 305 da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
--

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: EDSON TEIXEIRA LEAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Idade: 46
Profissão: Porteiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Iraida Teixeira Elal Nome do Pai: Benedito Alves Leal
Em Serviço: Não

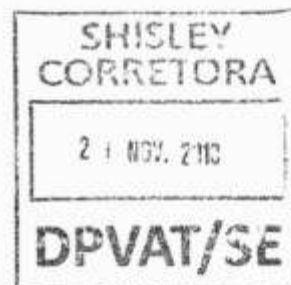
Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 883626
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 453.436.405-91

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: RUA CABO HERMENEGILDO
Bairro: SANTOS DUMOND
Telefone: (79) 98851-2797 (Celular)

Nº: 86



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: QKT0435	Número do Chassi: *****07115
Ano/Modelo Fabricação: 2015/2015	Cor: Branca
UF Veículo: Sergipe	Município Veículo: Aracaju



Delegado de Polícia Civil: Augusto Cesar Mendes Oliveira
Impresso por: Jackson de Bomfim Oliveira
Data de Impressão: 12/08/2018 10:27
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 008279/2018

Marca/Modelo HONDA/CB 300R**Modelo** HONDA/CB 300R**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Edson Teixeira Leal	Possuidor

Grupo Veículo**Subgrupo** Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão**Cor** branca**UF Veículo** Sergipe**Veículo Adulterado?** Não**Quantidade** 1 Unidade**Situação** Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE/VÍTIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTO CB 300 NA AVENIDA EUCLIDES FIGUEREDO SENTIDO HUSE, QUE AO CHEGAR NO CRUZAMENTO O SINAL ESTAVA LIVRE PARA PASSAR (VERDE), QUE UM SAVEIRO BRANCA INVADIU O SINAL E COLIDIU EM SUA MOTO CAUSANDO DANOS MATERIAIS NO VEÍCULO E ATROPELANDO O CONDUTOR DA MESMA CAUSANDO LESÕES NO BRAÇOS E ESCORIAÇÕES NA PERNA, QUE APÓS O ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL REGISTRA-SE E DÁ PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Jackson de Bomfim Oliveira
Responsável pelo Atestado



Edson Teixeira Leal
Pessoa

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

NÚCLEO DE ATENDIMENTO
2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1767718
CNS:

DATA: 11/08/2018
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 23:38
USUARIO: WSANTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDSON TEIXEIRA LEAL
IDADE.....: 46 ANOS NASC: 23/12/1971
ENDereco.....: RUA CABO ERMENEGILDO
COMPLEMENTO....: 702701185769360 BAIRRO: SANTOS DUMONT
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE...: BENEDITO ALVES LEAL /IRAILDA TEIXEIRA LEAL
RESPONSAVEL...: LEONARDO-FILHO/SAMU
PROCEDENCIA....: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

Acidente resultante de acidente de trânsito, após cair no meio da rua, região sinistral, sem alteração a ausculta, abdome inalterado, pulso cheio, simétrico, pele estável, gessagem 15, pupila reativa, deformidade em punho D, escoriação em joelho D.

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

DIAGNOSTICO: Polifratura

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Sol Rx do punho e joelho D - Ape perfil
Prescrit 100mg de analg e 100mg de
Medicação da CBMT

SHISLEY
CORRETORA

21/08/2018

DPVAT/SE

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] EML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - CRM - SE 5781

REALIZADO EM 12/08/18

AS 00:40

TÉCNICO DE RADIOLOGIA

12/0/11

00: 40

CD - 2 Atk Br R

2

15/5/71 X

copy

Factura de hotel de la casa
de huéspedes en la ciudad
de Madrid. Reducido a un
solo libro de
la casa de huéspedes

از کفر و ستم خلا و نجات

→ 6. 10. 1971 → 11. 10. 1971

Dr. Hildebrandt, Dr. de Ruyter, Dr.
Oropent, Traumatologist
COP 003 733-685-01
CSLM 4216
"BOW" 1983

Ex provided for redemptio

217. Can also only say, do not

Amargo Qual 10 103 180 150

Prêmio - sem quios no

glacé, expressif, moderne.

Dr. Amanda Alves
Médica Residente do HUS
CRM - SE 376

[Handwritten signature]



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Edson Teixeira Leal.

DATA DA ENTRADA: 11/08/2018

DATA DA SAÍDA: 12/08/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Relato para fins Periciais que, Edson Teixeira Leal, deu entrada no HUSF, vítima de acidente de trânsito. Vez, tórax e membros e deformidade em punho @, escoriações em face @, ferimentos em face. Foi atendido pelo médico plantonista, que o mediu e fez o procedimento. Solicitou avaliação do CBMF. Após exame o CBMF, evidenciou escoriações em região nasal, sem fratura facial. O ortopedista, após radiografia, fratura do distal do rádio @ + escoriações em face e mãos. Realizado; redução cirúrgica + imobilização, limpeza de escoriações. Em acompanhamento para o ambulatório de imagem de mão para acompanhamento.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx do punho; Rx braço @;

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr^a Amanda Oliveira - CRM - 5761

Dr^o Alípio Placido -

Dr^o Hildegardo L. de Brito

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 23 de 08 de 2018

Dr^a Lígia Braga de Almeida
Análise de Prontuário/SAME/HUSE
CRM 2319



Saúde Vida

CLÍNICA GERAL

Venho por meio deste informar que o paciente

Édison Teixeira Leite

com diagnóstico de

Dor musculopérmica no punho após acidente de trânsito, fratura do
113 distal do rádio, apresentando limitação para a realização das
atividades de vida diária e laboral devido a dificuldade de realização
Realizou dez (10) sessões de fisioterapia para suavização dos dedos e prono supinação
Redução do quadro algico, ganho de flex e fortalecimento
muscular

Aracaju, 18 de Outubro 2018

Dr^a Marcela Prado Lima

Fisioterapeuta

222332-F

Assinatura e carimbo

RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro *Acidente de Deslocamento N° 008279/2018*

Nome do paciente: ELSON TEIXEIRA LEAL

Data de nascimento: 23,12,1971

Data do início do tratamento / Acidente 11/08/2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

1 - Diagnóstico / Causas básicas:
 Percepção visual do Gênero do Mito, Tem Relações com, Contém Mito/Mitose,
 Reconhecimento do Corpo, Reconhecimento do Tipo de Atividade para o
 Hote, Reconhecimento Transmissão de Superfície Química, por Exemplo, Reconhecimento
 Posição o Organização de História do Reconhecimento ONTE do Xaxi)
 Uma Submissão a Processamento de Resposta imediata, de Fatores.

2 - Data / Tratamento Realizado:

11/08/2018 11/12/08/2018.

[illegible]

3 - Data / Exames Complementares / Resultados: *Repro de Função do MIO.*

11082078. RX 30 PwH D.

Verificamos a presença de alguma doença e a causa da dor

RX DO PUNHO D.
 POR VARIACAO FOCAL DO RADIO DISTAL CONSIDERADA
 E FRAQUEZA DE UNHA DISTAL POR CONSUMO E
 DESTACADO. 18/3/2019.

Renato Teixeira CRM 1450
 Ortopedia - Traumatologia

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo



4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

11/08/2018 1ª ATENDIMENTO NO HOSP.

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

PACIENTE TEM SEQUELAS DAS LESÕES: NDI CONSOLIDADA; AL FRAQUEZAMENTO DE UNHA DÍGITE EM MSD: ULTIMOS.

1- Paciente tem perda parcial do arco de movimento de flexo- extensão do Ponto D.

2- Paciente tem perda parcial da força de apreensão; Carga e sustentação com a mão direita.

3- Paciente tem perda parcial da força do M.D. e perda da função motora; Pac. tem apreensão e sustentação com a mão direita o exercendo com ATIVIDADE DE ROTACION, SINTOMAS EM $\pm 50\%$.

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 02/2019.

7 - Data do Exame do Paciente

1 18/03/2019.

8 - Segue Exame Anexo

4- Paciente tem defeito discreto em Ponto D, com perda de função e sustentação com M.D. devido a fraqueza na consolidação do FRAQUEZAMENTO DE UNHA DÍGITE.

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju
				Estado	Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

18/03/2019.

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo

CONTRAN

DIRETORA DOCAENTE

PHT 34

DPVAT/SE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421372/18

Número do Sinistro: 3180547796

Vítima: EDSON TEIXEIRA LEAL

CPF: 453.436.405-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON TEIXEIRA LEAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

EDSON TEIXEIRA LEAL : 453.436.405-91

Autorização de pagamento

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: 22/03/2019
Nome: EDSON TEIXEIRA LEAL
CPF: 453.436.405-91

EDSON TEIXEIRA LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO
CPF: 394.004.845-34

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421372/18

Vítima: EDSON TEIXEIRA LEAL

CPF: 453.436.405-91

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON TEIXEIRA LEAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais

EDSON TEIXEIRA LEAL : 453.436.405-91

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: 21/11/2018
Nome: EDSON TEIXEIRA LEAL
CPF: 453.436.405-91

EDSON TEIXEIRA LEAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO
CPF: 394.004.845-34

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO