

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

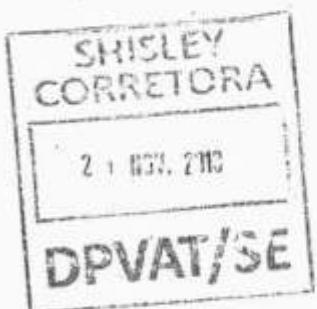
Assinatura:

**Laudo Pericial
Digitalizado**



**INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais
EDSON TEIXEIRA LEAL**

LAUDO Nº 8704/2018



ESTADO DE SANTA CATARINA
14/11/18


Carlos Rodrigo Rueter de Almeida
Escritório de Físicos Judiciais



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

quinta-feira, 25 de outubro de 2018

Nº Laudo
8704/2018

Dados Da Vítima		Nascimento	Idade	Naturalidade
Nome da Vítima EDSON TEIXEIRA LEAL		23/12/1971	47	ARACAJU
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão	UF
CASADO	MASQUILINO	PARDA	PORTEIRO	SE
Instrução	Nome da Mãe		Nome do Pai	
XX	IRAILDA TEIXEIRA LEAL		BENEDITO ALVES LEAL	
Endereço		Bairro	Município	
RUA CABO HERMENEGILDO, 86		SANTOS DUMONT	ARACAJU	
Nome da Autoridade		Função	Unidade	
BEL DANIELA LIMA BARRETO		BEL DANIELA LIMA	DEDT	
		BARRETO		
1º Perito Relator	Cremesel/Crose		2º Perito Relator	Cremesel/Crose
DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS	3296			MASC/8704/2018
Local da Perícia	Tipo			Causa
Sala do IML				

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 | Questões 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 peridorado um dano permanente e parcial incompleto de repercussão leve, comprometendo a

Carlos Rodrigues Ribeiro de Almeida
Exercício de Policia Judiciária

função motora do punho direito.

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

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa à integridade ou à 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 mobiliidade 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 Sistema Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. VICTOR VASCONCELOS BARROS

3296

MASC/8704/2018

Laudo Pericial
Digitalizado

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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
042137218	453.436.405-91	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 Cava Hermenegildo dos Santos	Número: 86	Complemento:
Bairro: Santo Dumont	Cidade: Araçaju	Estado: SE	CEP: 49087-080
E-mail:		Tel.(DDD): (99)30237644	

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUZO 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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANDE

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

AGÊNCIA: CONTA: 0100.34724 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que 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.

21 MAR. 2019

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Araçaju/SE, 21/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura da quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) 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)

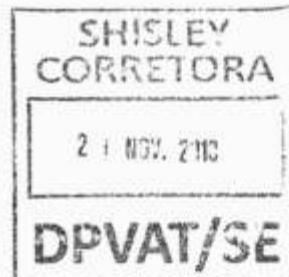
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Idade: 46
Profissão: Porteiro Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Iraida Teixeira Eial Nome do Pai: Benedito Alves Leal
Em Serviço: Não

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)



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

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/Caminhon

Cor branca

UF Veículo Sergipe

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
-----------------------	----------------------

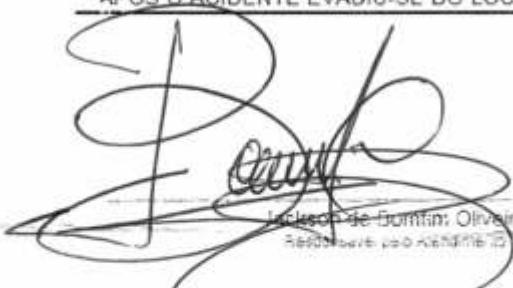
Desconhecido 1

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
Delegado de Polícia Civil



Edson Teixeira Leal
P/ (000)

*Declaro que os dados nisso constados são os que sou eu (a) responsável pelas informações acima assentadas e que sou eu que responder civil e criminalmente pelas presentes declarações que dei nisso, conforme preceitua nos Artigos 330-Demissão, 340-Culposa 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 Eial 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

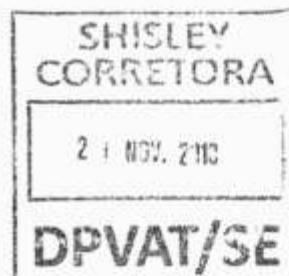
Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA CABO HERMENEGILDO

Bairro: SANTOS DUMOND

Telefone: (79) 98851-2797 (Celular)



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

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
Delegado de Polícia Civil



Edson Teixeira Leal
Pessoal

*Declaro que os dados nisso constante que sou eu(a) unicamente responsável pelas informações acima assentadas e que não posso responder civil e criminalmente pelas presentes declarações que dei nisso, conforme preceituado nos Artigos 339-Demissão, 340-Culposa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1767718 DATA: 11/08/2018 HORA: 23:38 USUARIO: WSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EDSON TEIXEIRA LEAL DOC...: 0039912428
 IDADE.....: 46 ANOS NASC: 23/12/1971 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA CABO ERMENEGILDO NUMERO: 086
 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 TEL...: 79-98856.7
 PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL 974
 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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

Paciente vítima de acidente de trânsito, apresenta caídas recentes, lesões na face e no tronco. Exame: raios X, sangue, urina, TC, ECG, ultrassonografia. Anotações da enfermagem: ferimento em face.

DIAGNOSTICO: Polifranquia

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Sol Rx do punho e braço D-AP e perfil

CORRETORA

Preparo 100mg Kyp ev D0/10

21/08/2018

Sedação de CBMT

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 [] FME [] ANAT. PATOL

Assinatura do paciente/Responsável

Assinatura e carimbos do médico

EXAME DE RADIOLOGIA CRM-SE 5761

REALIZADO EM 12/08/18

AS 00:45

But parents of *Scorpiurus* -
12/10/11 reg'd var. s / first fruit

00: 7-

CD - Aktie Buerk

12

1807 Frater Josephus
1807/8 in monasterio

17. *Chloris inornata* -
involucellae
involucellae

200-18 cont'd

→ 6. pm 37.6-6.0

Mr. Eijkelaarsma, In de Rijtten Baan
Orthopedic Traumatologist
GPO: 008 785-685-0
CRM: 4516
TELE: 8881

✓ given. See order 703

17. Enclosed are the notes
of a recent visit

Anexo geral 10/03/2016 - tristeza
Paciente vem queixas no momento, abatido
físico, expressivo, inalterado
Pz: 11/03/2016

Dra. AMANDA CANA
Médica Residência do HUS
CRM-SE 276



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 HU/SÉ vítima de acidente de trânsito, viajando no momento de ocorrência em paralisa (D), escoriações em palma (D), ferimento em face. Foi atendido pelo médico plantonista, que o medicou e fez o procedimento. Solicita avaliação do CRMF. Após exame o CRMF, constatou escoriações em região nasal, sem fratura facial. O ato pediu, após radiografia, fratura do osso de rádio (D) + escoriações em face ulna. Realizado: redução imobilizada + imobilização, limpeza de escoriações. Encaminhado para o ambulatório de cirurgia de rodas para acompanhamento.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX de punho; RX braço (D)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Drº Amanda Oliveira - CRM - 5761

Drº Alípio Almeida

Drº Hildegardo L. de Brito

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

ARACAJU, 23 de 08 de 2018

Drº Lígia Braga de Almeida
Análise de Prontuário/SAME/HU/SÉ
CRM 2319



Saúde Vida

CLÍNICA GERAL

Venho por meio deste informar que o paciente

Edson Felixira Lutz

com diagnóstico de

Dolor midônio no punho após acidente de trânsito, fratura do
III distal do rádio, apreensão limitada para a realização das
atividades de vida diária, intenso dor e dificuldade de realização
Realizou dez (10) sessões de fisioterapia para ~~suportar as dores e pronta supinação~~
~~Redução do quadro clínico, gombe~~ ~~ao antebraço além da dor~~
~~muscular~~

Aracaju, 18 de Outubro 2018

Drª 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 008279/2018

Nome do paciente: ESSON TERRERA LIMA

Data de nascimento: 23/12/1971

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

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Penit. viuas de Quat. de Moto, Tom. Rarissimo, condamnato
por razão de Corgo, Remetido ao Reino de Acordé para o
Hotel, Real, que transmoverá a Superior Oficio, por Exmo. Reitora.
Passare o Diagnóstico da Física da Exmo. Oficio de R. S. I.
Mais Informar a Procurador. se Reservou momento. os festeos.

2 - Data / Tratamento Realizado:

- Data / Tratamento Realizado:

Portaria nº 001/2018, de 18/03/2018, da Secretaria de Estado da Educação, que aprova o Regulamento de Funcionamento da Escola de Educação Profissional da União de Itapipoca, no Município de Itapipoca, no Estado do Ceará.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

11082018 RX 50 Auto D

WYOMING STATE AND RAILROAD COMMISSION

Rx 00 Anticoag

After the first two hours of the competition, the results were as follows:

Renato Teixeira CRM 1450

Sept 2010 - 1863/2010.

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedista - Traumatologista

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

11/08/2018 1º AFASTAMENTO NO HOSP.

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

PACIENTE TEVE LESÃO NA PERNAS. NO CONSULTORIO; O FRAQUEZ
DEIXOU DE USAR TUTUC ORT. M.D. USTIMOS.

1- PACIENTE TEVE PÉS. PERDEU O PÉ DE MOVIMENTO DE PÉXO-
RÍGIO DE RODA D.

2- PACIENTE TEVE PÉS. PERDEU A PÉS DE APRENDIZ;
CINTO E SURPRESA DA M.D. DIF.

3- PACIENTE TEVE PÉS. PERDEU AS PÉS DO M.D.
E PERDEU OS FRAQUEZ. PERDEU APENAS
CINTO E SURPRESA DA M.D. PELA EXCEÇÃO DA
ATIVIDADE DE PESQUISA, EXISTINDO CIR. 50%.

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 02/2019. 4- PACIENTE TEVE ALTA 01/00

7 - Data do Exame do Paciente

1 18/03/2019.

8 - Segue Exame Anexo

EM RODA D'IR, TEVE PÉS
DE FRAQUEZ E SURPRESA CINTO
M.D. DEIXANDO FRAQUEZ NUNCA
CINTO E SURPRESA DE FRAQUEZ NUNCA
DE CINTO D'IR.

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

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 - Traumatologia

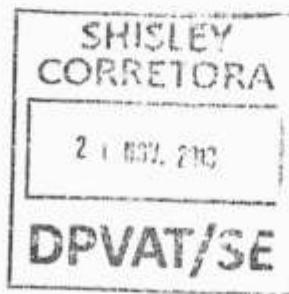
Data

Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENRTRAN

CS	000000231087	Nº 014274735997		
6	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
0	VIA-1	CÓD. RENAVAM	AN. T.R.C.	EXERCÍCIO
9	2	01067923974	000000000000	2018
1	NOME			
1	EDSON TEIXEIRA LEAL			
1	*****			
6	*****			
4	*****			
1	CPF / CNPJ	PLACA		
9	453.436.405-91	QKT0435		
1	PLACA ANT./UF:	CHASSI:		
9	QKT0435/SE	9C2NC491BFR107115		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA		ALCO/BASOL		
MARCAS / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CB 300R		2015	2015	
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
290CV/291CC		PRATIC	BRANCA	
I	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
P	PAGO	*****	1*****	
V	FAIXA I. PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****	
A	*****	*****	3*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	
SEGURU PAGO REF.		0,00	DATA DE PAGAMENTO	
AO EXERCÍCIO 2018				
OBSERVAÇÕES				
SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS				
MOTOR: NC49E1F107115				
<i>luciana</i>				
ARACAJU-SE LUCIANA C. DE DA CHAGAS DE MELO DATA 03/07/2018				
DIRETORA-PRESIDENTE				

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 014274735997 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 03/07/2018

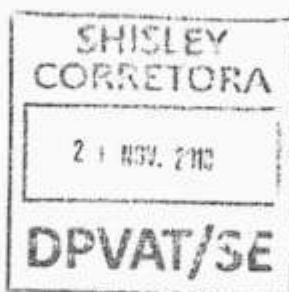
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
***	453.436.405-91	QKT0435
RENAVAM	MARCA / MODELO	
1067923974	HONDA/CB 300R	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2015	9	9C2NC491BFR107115
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FINS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29	9,83	98,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	VALOR SERVIDO PELO SEGURO (R\$)
4,15	0,79	185,50
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
DATA DE OUTAÇAO		
28/06/2018		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

MAP/2018

FHT 34



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421372/18

Número do Sinistro: 3180547796

Vítima: EDSON TEIXEIRA LEAL

CPF: 453.436.405-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON TEIXEIRA LEAL

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDSON TEIXEIRA LEAL

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421372/18

Vítima: EDSON TEIXEIRA LEAL

CPF: 453.436.405-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON TEIXEIRA LEAL

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDSON TEIXEIRA LEAL

SHISLEY NUNES VIANA FIRMINO