
Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481783

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481783 Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

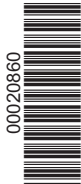
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190481783

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do Acidente: 19/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ODETE MARIA DE FRANCA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ODETE MARIA DE FRANCA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000034050-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 453.335.214-68 Nome completo da vítima: Adete Maria de Franca Lima

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

Nome completo: Adete Maria de Franca Lima CPF: 453.335.214-68

Profissão: Assessoria Endereço: Rua Solidade Número: 250 Complemento: -

Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55900-000

E-mail: assessoria.goiana@gmail.com Telefone: (81) 9626-3471

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas citadas. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0774 CONTA: 34050 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 de 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civ) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grav da Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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 309 do Código Penal.

Local e Data: Goiana - PE 12.08.2019
Nome: _____
CPF: _____

[*] Assinatura de quem assina A ROGÓ

Adete Maria de Franca Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: _____
2ª Nome: 05.802.494/0001-41
CPF: _____
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 15/08/2019

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, em nome do(a) 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.



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 AGO 2018

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190481783
Nome do(a) Examinado(a): Odete Maria de Franca
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Soledade, 250
Centro Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 3006519
Data local do acidente: [19/04/2019]
Data local do exame: [26/08/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 19/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM USO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR, REALIZADO A RETIRADA DO FIXADOR NO DIA 03/05/2019 MAIS FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA 3.5 MM EM FIBULA DIREITA E PLACA 4.5 MM EM TÍBIA DIREITA, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA EDEMA EM PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA, ALEM DE DEAMBULAR COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Data da Alta: 05/05/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULA COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

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

Carimbo com Nome e CRM


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

25/07/2019 08:22



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA -
DP44ªCIRC DINTER1/11ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134002325

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/4/2019 às 18:30

Fato ocorrido no endereço: **RUA SOLEDADE, 1 - Bairro: CENTRO -
GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO
GINÁSIO MUNICIPAL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
**DESCONHECIDO (AUTOR (AGENTE))
ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA (presente no plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANÇA Pai: SEVERINO JOSÉ DE FRANÇA Data de Nascimento:
14/12/1955 Naturalidade: CARPINÁ / PERNAMBUCO / BRASIL
Residência: GRÊNIO DA PONZA - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA
SOLEDADE, 258 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que
posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto
Apreendido: NÃO
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

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

05-802.194/0001-41
TRACAP - CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/07/19

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

Ofício de Ocorrência

file:///C:/Users/Polícia Civil/infopol/xml/BOEPrevis...

RESIDE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DESCONHECIDA E FRATUROU O TORNOMELO DIREITO (FRATURA EXPOSTA); QUE FOI SOCORRIDA POR POPULARES EM CARRO PARTICULAR E FOI LEVADA PARA O HOSPITAL BELARMINO CORREIA, GOIANA-PE, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS; QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS EM PAULISTA-PE, ONDE REALIZOU DUAS CIRURGIAS;

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

Odete Maria de França Lima

ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA
(VITIMA)

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 453.335-214-68 Nome completo da vítima: Dade Maria de Franca Lima

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

Nome completo: Dade Maria de Franca Lima CPF: 453.335-214-68
Profissão: Acusou Endereço: Rua Solidade Número: 930 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Goiana Estado: PE CEP: 55400-000
E-mail: assessoria.goiana@gmail.com Tel (DDD): 81 3626-3471

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

RENDIA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 34050 3
(Informar o dígito se existir) (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 (assinale 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 assinado, 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 resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Goiana - PE 12.08.2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Dade Maria de Franca Lima

Assinatura da vítima/beneficiário (decidante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, 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.

Atendimento: 474180

Senha da Classificação:

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

P0011

Paciente: 124915 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1958 Idade: 60 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

 N E ATENDIMENTO: 478289 REGISTRO: 124915 **SAME: 111690** do Pai: **ONISTA ORTOPEDIA** CRM: 12345

PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

NASCIMENTO: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO

MÃE: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA

PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA

ENDEREÇO: TANCREDO NEVES

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIANA

Bairro: CENTRO

usuário Atendimento: PAULAFSC

es Estrangeiros / Visitantes

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

*Dores e formigão na perna @ 09h; acidente motorizado
há 07 dias. Nega alergias. D712 @ / HAS @ (Lesões de pele) 19/12*

Exame Físico

*Edema, vermelhidão, dor, e prurido
FIM*

Hipótese Diagnóstico

Fratura exposta de osso da perna @ (1/3 distal) + fratura distal

Prescrição Médica

*Antibiótico
A 1000 mg 1x*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/04/2019

 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Bom Vista - CEP: 74.068-010
RECIFE-PE

PRONÓSTICO:

Continuação...

Letal inst. de Trauma em 1/3 inferior do fêmur (D)
2 FCC na parte posterior. Deixar local à mobilização
s/alt. neurovasculares.

col: R. Xy Pernas + Tornazelo. → frnt. Têxto/fixar
Imobilização

• CEFALOTINA 2g EV AGORA.

SAT 5000 O2 INS

Encaminhado, p/ serviço de referência p/
TTº cirurgias de emergência.

Dipirona 1amp + AD 15/04/19

Dr. Francisco Gomes de S. Neto
CRM 1371 / RJ
15/04/2019 / 18:32

Evolução Enfermeira...

20:45 Paciente com fratura exposta em perna D
após queda de moto, transferida para o hospital
após 15 min, com condado de técnica Buro.

Dr. Apolônio A. de Aze
CRM 5197PE - FI
MATRÍCULA 229.8774

ALTA

Data:	19/04/19
Hora:	20:45
Residência:	
Internação:	
Óbito:	
Transferência:	2

Hospital: Miguel Arraes

Senha: 5666140

Cadastro: 18/04/2019 18:27:44 ROSALIA

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

Méico - CRM

05.802.494/0001-41
TRACÃO-CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000034050-3

Nr. da Autenticação 5CEB076D8E9ED8E0

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0059943-03



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO ADELINO DA SILVA
CPF: 015.659.284-89

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA SOLEDADE 355
CENTRO/GOIANA
55005-000 GOIANA PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 416/2010),
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no
site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

09/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

70,79

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

06/08/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

06/08/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

072177102

CONTA CONTRATO

000244933017

Nº DO CLIENTE

2900577788

Nº DA INSTALAÇÃO

0004150134

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

7736.C492.BBF4.51ED.3D57.0221.CC29.3B65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	82,00	0,77943172	63,98
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,39
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,86
Código Ilum. Públicas Municipais			4,83
ICMS Subvenção-COE-Nº 060746027-07/06/19			0,33
TOTAL DA FATURA			70,79

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
65,83	25,00	16,45	65,83	0,74	0,48	65,83	3,42	2,25

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO		
Consumo Ativo(kWh)	0,94831000			kWh
		AGO 18	000000000000	32
		JUL 18	00000000	36
		JUN 18	00000000	82
		MAI 18	00000000	98
		ABR 18	00000000	32
		MAR 18	000000000000	80
		FEV 18	000000000000000000	132
		JAN 18	00000000	94
		DEZ 18	00000000	56
		NOV 18	00000000	67
		OCT 18	0000000000	76
		SET 18	0000000000	88
		AGO 18	00000000000000	100

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Consumo Ativo	82,00
Perdas de Energia	22,82
Transmissão	3,39
Distribuição (Cabo)	13,85
Energia Interata	3,34
Tráfego	18,19
Perdas de Energia	4,38
TOTAL	82,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		DIFERENÇA	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000000000000000	CAT	06/07/2019	6.398,00	06/08/2019	6.480,00	82	1.000,00	0,00	82,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 09/09/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APROXIMADO	MÉDIA MENSAL	MÉDIA TRIMESTRAL	MÉDIA ANUAL
Jun/2019					
DIC-Nº de horas sem Energia	GOIANA	0,00	4,38	9,81	18,88
PIC-Nº de vezes sem Energia		0,00	3,43	6,47	12,98
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	0,77	0,50	0,50
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
SUSD-Valor da Energia do SUSD = R\$ 30,48					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você ag correio goianinha: praça duque de caxias centro / comercial goianinhas de drogas: rua trapiche do mato nº 32
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
Cobrança ICMS sobre subvenção COE, conforme Decreto Estadual 59.459/13.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.435/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MINIMO	MAXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitura ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



836000000009 707900110009 244933017108 140949837535

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
E SEGUROS LTDA
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 474180

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

Senha da Classificação:

P0011

Paciente: 124915 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

Sexo: FEMININO

Nome Social:

Data do Nascimento: 14/12/1958

Idade: 60 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

ATENDIMENTO: 478289 REGISTRO: 124915

SAME: 111690 do Pai:

ONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12345

PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

NASCIMENTO: 14/12/1958

IDADE: 60

SEXO: FEMININO

Bairro: CENTRO

MÃE: MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA

PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA

uário Atendimento: PAULAFSC

ENDEREÇO: TANCREDO NEVES

nº: 22

es Estrangeiros / Visitantes

BAIRRO: CENTRO

CIDADE: GOIANA

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____

Altura: _____

Temperatura: _____

Hora: _____

Queixa Principal

*Doi + ferimento na perna @ 08h acidente motorista
no t 07 horas. Nega cirurgia. DT 12 @ HAS @ (lesões de 14/12)*

Exame Físico

Exame físico normal, sem sinais de infecção

Hipótese Diagnóstico

trauma de osso da perna @ (14/12) + ferimento

Prescrição Médica

*Antibiótico
A 1000 5x 12h*

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____

() Encaminhado ao setor de internação

Senha: _____

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/04/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 71.608-010
RECIFE, PE

Continuação...

Per c/ hist. de Trauma em 1/3 inferior do joelho
e FCC na parte posterior. Sem lesão à mobilização
slat. neurovasculares.

col: R. X. Perna + Tornozelo. → fr. Tibiofemur
Imobilização

CEFALOXINA 2g EV Agora.

SAT 5000 CI IM

Encaminhada, p/ serviço de referência p/ TTº cirurgias de emergência.

Dipirona 1mg + AD 19/04/2019

Dr. Francisco Gomes de A. Neto
Otorrinolaringologista - Otorrinolaringologia - Otorrinolaringologia
CRM 102117/GO

Evolução Enfermagem ...

20:45 Paciente com fratura exposta em perna D
após queda de moto, transferida para o hospital
após avaliação, com condado da técnica Bruco

Dr. Antônio A. de A.
COSEN, 1979PE - PI
MATRICULA: 229.8776

ALTA

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

Hospit: Miguel Arrais

Serha: 5666190

Cedestramento: 18/04/2019 18:27:44 ROSALIA

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

Méico - CRM

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, 117, 125, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP: 58.060-010
RECIFE-PE

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA REG: 124915

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
19/4/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
	PACIENTE COM DOR + DEFORMIDADE + SANGRAMENTO EM PERNA DIREITA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HÁ +- 0 HORAS. NEGA ALERGIAS OU DM2; HAS+ (LOSARTANA 50MG 12/12H)
	AO EF: EGREG, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO
	MID: FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO 1/3 DISTAL DA PERNA
	HD: FX EXPOSTA DO OSSOS DA PERNA DIREITA +
	<i>fx múltiplas RTT (D)</i>
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO
<i>20/04/2019</i>	<i># SR A SR</i>
<i>08.45</i>	<i>HD: FX EXPOSTA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA @</i>
	<i>RD: ANESTESIA: LIGAM. FIXAÇÃO EXTERNA TRANSCANALIZADA.</i>
	<i>PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM COMPLICAÇÕES.</i>
	<i>ELB, LOTE, EVINELA, MEDIC.</i>
	<i># CD: MANEJO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO</i>

05/002.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROSADORA
15/04/2019

Rua da Aurora, 1475, SL 902 BL
Bos Vasta - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA REG:124915

IDADE: 60 SEXO: F DATA DA ALTA 5/5/2019 DATA DA ADMISSÃO 19/04/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 19/04/2019: LC+DC+FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO

03/05/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM FÍBULA + PLACA "T" EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA

DIREITA

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO (ANDAR COM DUAS MULETAS)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(X) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/05/2019

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



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	ODETE MARIA DE FRANCA LIMA			6 - Nº Prontuário	124915
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
8530.0591.0141.505	14/12/1958	Masculino ☐ Feminino ☒	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Alcool na última				12 - Telefone de Contato	8189634529
ATENDIMENTO: 478269 REGISTRO: 134915 SAME: 111690				14 - Telefone de Contato	89634529
PACIENTE: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA					
NASCIMENTO: 14/12/1958 IDADE: 60 SEXO: FEMININO					
MÃE: MARIA DA CONCEIÇÃO DE FRANCA					
PAI: SEVERINO JOSE DE FRANCA					
ENDEREÇO: TANCREDO NEVES n.º 22					
BAIRRO: CENTRO					
CIDADE: GOIÂNIA				17 - IBGE	18 - UF
				250620	PE
				19 - CEP	55900974

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação		
13 COM DOR + DEFORMIDADE + SANGRAMENTO EM PERNA DIREITA APÓS ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA +- 03 HORAS. NEGA ALERGIAS OU DM2. LOSARTANA 50MG 12/12H)	CIRURGIA		
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código		
EXAME FÍSICO + RX	FRATURAS MULTIPLAS DA PERNA		
24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas	
S822	W199		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0415020069		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	700402985365847
33 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)		34 - Data de Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA		19/04/2019	24808

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposent

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Orgão Emissor
	E260000001
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Código do Laudo:

AIH
261910217399-6

AIH
261910217400-7

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 ABR 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
HOSPITAL BELARMINO CORREIA

HBC

Origem do Registro: 2019/EM007873 Data e Hora de Atendimento: 19/04/2019 18:27 Prontuário Local: Prontuário Integrado: Local de Entrada: Emergência Clínica Médica

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 165366 ODETE MARIA DE FRANCA LIMA Registro SUS: 203378279440008
Nascimento: 14/12/1958 Idade: 60 Sexo: Feminino Cor: Parda
Estado Civil: Não Informado Profissão: Naturalidade: CARPINA-PE Nacionalidade: BR
Documento de Identidade: 3006519 Filiação: SEVERINO JOSE DE FRANCA
MARIA DA CONCEICAO DE FRANCA
Endereço (Av., Rua, etc.): RUA BELA VISTA Nº2 Complemento: CASA
Bairro: CENTRO Cidade: GOIANA UF: PE Telefone: 92832057
Acompanhante: ESPOSO CARLOS
Ocorrência: ACIDENTE DE TRÁNSITO - Act. Moto (Queda, Colisão) Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Procedência: VIA PÚBLICA

Meio de Transporte: Carro

AVALIAÇÃO DA ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO

Queixa principal:

☐ Febre ☐ Vômito ☐ Dificuldade de respirar ☐ Tosse
☐ Taquicardia ☐ Convulsão ☐ Desmaio ☐ Tonturas ☐ Fraqueza ☐ Confusão
☐ Fadiga ☐ Distúrbios visuais ☐ Parosistas e/ou Paralisia de parte do corpo
☐ Dor Local: Costa com perda de peso
☐ Queixa urinária: Acidose de metab.
☐ Sangramento: Local
☐ Outras queixas:

Encaminhamentos:

☐ Clínica Geral
☐ Pediatra
☒ Ortopedista
☐ Serviço Social
☐ Maternidade
☐ Enfermagem
☐ Outros:

Classificação:

Antecedentes Mórbitos / Medicamentos:

☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Problemas cardíacos ☐ Asma Brônquica ☐ Alergias
☐ Tuberculose ☐ Convulsão ☐ Têbégimo ☐ Enfisema ☐ Alcoolismo ☐ AVC
☐ Outros:
☐ Uso de medicamentos: Não usa medicação

Sinais Vitais:

P.A. x mmHg Tm °C Pm bpm F.R.m

Exames Diagnósticos auxiliares:

☐ Glicemia Capilar: 145 mg/dl

Ass. Enfermagem

Patricia Nunes C. C. Silva
COREN-PE 141567 ENF - IS
ENFERMEIRA

AVALIAÇÃO MÉDICA

Queixa principal (QP) / Histórico da doença (HD):

Transtorno Alimentar: 10.24
Ortopedia: 10.24
8 AL. Anorexia nervosa

Exame Físico: Peso: kg

Hipótese diagnóstica / conduta:

Código de Atendimento: CID 10:

Julio Reis
Cirurgião Geral

85.802.494/0001-41
 TRACÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaripe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **474184**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA		Prontuário: 124915
Idade: 60a 4m 4d	Sexo: F	Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão:	Escolaridade:	Data de Nascimento: 14/12/1958
R.G.:	C.P.F.:	Telefone: 89634529
Endereço: RUADA SOLEDADE		CEP 55900974
		- CENTRO - GOIANA - PE

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA	Data e Hora da Internação: 19/04/2019 22:56
Convênio: SUS - INTERNACAO	Plano: GERAL
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA	Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA	Leito: VERD2-EXTRA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:	R.G.:	C.P.F.:
Endereço:	Numero:	
Telefone:	Cidade:	Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 05/05/19 Hora da Alta: _____

Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: CLINICAMENTE ESTÁVEL.

Diagnóstico Principal.....: FRACTURA EXPOSTA DOS OSSOS DA RANHA DIREITA.

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Fundamentação.....: RAFI COM PLACAS E PARAFUSOS

REVISAR 2019-04-19

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/04/2019

Rua da Aurora, Nº 175-51.902 BL. C
Boa Vista - CEP-50.060-010
RECIFE-PE

Carla Antonia de Lima
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

Médico e CRM:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em 19 de ABRIL de 2019

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

Saída 20150
 XII Gerência Regional de Saúde - XII GERES
 Hospital Belarmino Correia

Miguel Amaro
Nº 586698

Gula de Esclarecimento

HOSPITAL REGIONAL BELARMINO CORREIA DE GOIANA

REGIÃO : XII GERES

Nome de Sobrenome:

Belarmino

Sexo:

M

Idade:

48 anos

Estado Civil:

solteiro

Profissão:

professor

Endereço:

Rua da Aurora, nº 175, S/N, 50280-000

Cidade:

Goiania

UF:

GO

Assinatura do paciente:

[assinatura]

Assinatura do médico:

[assinatura]

Assinatura do enfermeiro:

[assinatura]

Assinatura do farmacêutico:

[assinatura]

Assinatura do nutricionista:

[assinatura]

Assinatura do psicólogo:

[assinatura]

Assinatura do fonoaudiólogo:

[assinatura]

Assinatura do assistente social:

[assinatura]

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15.000.779

Rua da Aurora, nº 175, S/N, 50280-000
 Goiânia - GO - CEP: 74.060-010
 REC-01-01

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 474180 Prontuário: 124915 SAME: 111690 Hora Atend: 21:55 Data Atend: 19/04/2019
Paciente..... : ODETE MARIA DE FRANCA LIMA Idade: 60 a
Endereço..... : RUADA SOLEDADE
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... :
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 19/04/2019 Hora Saída : 22:55

Prestador da Evolução Médica: MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA

MANOEL JOSE DE OLIVEIRA FERREIRA / 24589
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15/04/2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 19/04/2019 21:53



Nome Paciente: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA
Cód. Paciente: 124915
Data de Nascimento: 14/12/1958
Sexo: Feminino
Idade: 60
Senha: P0011
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 474180
SAME: 111690

Período: 19/04/2019 22:09 - 19/04/2019 22:13

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO

Cor: VERMELHO

Queixa Principal: POLITRAUMA ACIDENTE DE MOTO X MOTO
APRESENTANDO DOR EM REGIAO TNZ DIREITO
CHEGA COM MEMBRO CURATIVO OCLUSIVO POR ATADURA
FRATURA EXPOSTA .NAO UTILIZAVA CAPACETE E NAO HAVIA INGERIDO BEBIDA
ALCOOLICA. SEM RELATO DE PERDA CONSCIENCIA E VOMITOS, LEMBRA DE TODO
ACIDENTE.
CHEGA COM 01 RX (IMAGEM)

Observação: HOSPITAL BELARMINIO CORREIA SENHA 5666199.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 73.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 80.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não (X)

Local

Enfermeiro

RECEBADO

Ratifico
Paciente
relato
que não há
mais hemorragia

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 19/04/2019 22:13

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

05-802-494/0001-41
TRADUÇÃO E ATUALIZAÇÃO
DE SEGUROS LTDA

Página 1 de 1

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME:ODETE MARIA DE FRANÇA LIMA REG:124915

IDADE: 60 SEXO: F DATA DA ALTA 5/5/2019 DATA DA ADMISSÃO 19/04/2019

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE 1/3 DISTAL DE OSSOS DA PERNA DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: 19/04/2019: LC+DC+FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DE TORNOZELO

03/05/2019: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO + RAFI COM PLACA 1/3 DE CANO EM FÍBULA + PLACA "T" EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA

DIREITA

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA EM 15 DIAS
- CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO (ANDAR COM DUAS MULETAS)

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (X) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /


ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/05/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C.
Boa Vista - CEP: 53.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 03/05/2019

Hora: 17:55

Ficha de Cirurgia Descritiva

Sala: 0002 SALA 02

ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

SUS - INTERNACAO

ORTL-512-LEITO 004

Dt. Fim: 03/05/2019 17:35

Atendimento: 474184

Carteira:

Idade: 60 Anos

Aviso de Cirurgia: 56315

Paciente: 124915

Convênio Atend.: 1

Leito: 78

Dt. Início: 03/05/2019 14:50

Cid Pré-Operatório: S823

Cid Pós-Operatório: S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento:

Convênio: 002

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA LESÃO FISÁRIA DISTAL DE TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - EXTERNO / URGENCIA**Equipe Médica**

CIRURGIO

ANESTESISTA

17188

ITALO JOSE FERNANDES DE GALIZA

3702

CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TRANSARTICULAR+ RAFI COM PLACA 1/3 CANO EM FIBULA + PLACA "T"

EM PONTE + PARAFUSOS EM TIBIA DIREITA

CIRURGIÃO: DR ITALO GALIZA

1º AUXILIAR: DRA IANELE BRAGA

2º AUXILIAR: DR THIAGO MENDONÇA

ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DE PELE LATERAL DE 8CM CM NA FACE LATERAL DO TORNOZELO;
5. DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA, OBSERVADA FRATURA COMINUIDA DA FIBULA;
6. APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 DE CANO DE 10 FUIROS + 4 PARAFUSOS CORTICAIS, SENDO 3 PROXIMAIS E 1 DISTAL AO FOCO DE FRATURA E 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS ROSCA TOTAL DISTALMENTE;
7. INCISÃO DE PELE DE 4CM NA FACE MEDIAL DO TORNOZELO E DE CERCA DE 4 CM EM FACE MEDIAL PROXIMAL DE PERNA REITA; OBSERVADO SOFRIMENTO CUTÂNEO EM FACE MEDIAL PROXIMAL A INCISÃO DISTAL REALIZADA; OBSERVADO TAMBÉM GRANDE COMINUIÇÃO DE FRATURA EM TIBIA;
8. DISSECÇÃO POR PLANOS; UTILIZADO PROVISORIAMENTE FIO K 4.0 PARA OTIMIZAR REDUÇÃO;
9. PASSAGEM PLACA "T" 4,5 MM TIPO PONTE 3X12 FUIROS, FIXADA COM 3 PARAFUSOS DISTALMENTE, SENDO 2 ESPONJOSOS ROSCAS TOTAIS E 1 CORTICAL E 3 PARAFUSOS CORTICAIS PROXIMALMENTE AO FOCO DE FRATURA;
10. CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS;
11. LIMPEZA COM SF 0,9%;
12. SUTURA POR PLANOS;

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

Lachados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

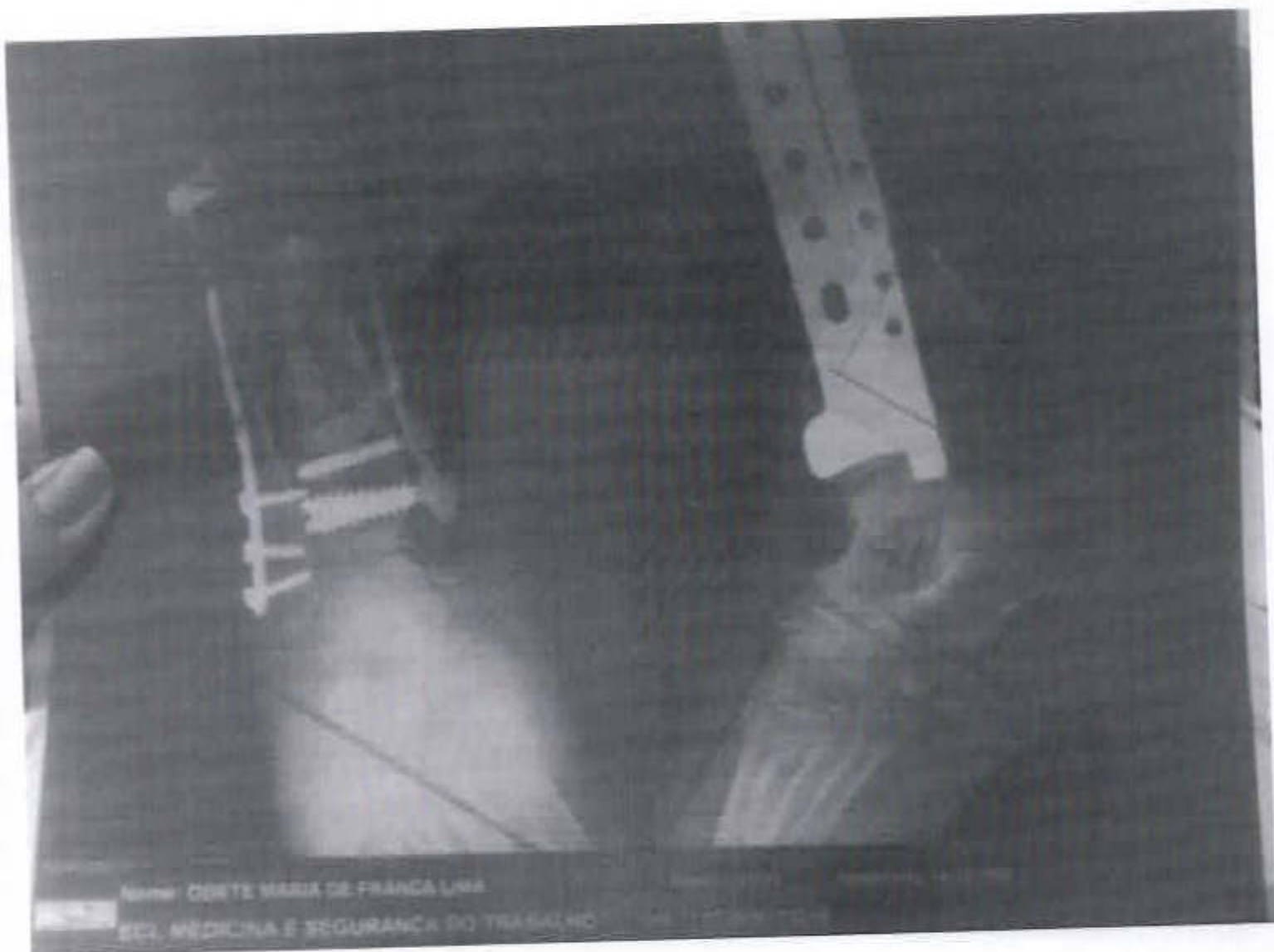
DR(A):

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 MAR 2019

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-080
RECIFE-PE



Nome: ODETE MARIA DE FRANCA LIMA

ECI: MEDICINA E SEGURANÇA DO TRABALHO

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/07/2019

Rua da Aurora, 119, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 19/04/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 18/04/19.
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Odete Maria de Franco Lima.	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta do osso da perna direita.	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Limpesa cirúrgica e fixação externa do Tibia. Osteossíntese de náculo do osso da perna dir. com placa e parafusos. Fisioterapia motora 30 sessões.	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª Dor, déficit de força e ADM no tornozelo
2ª e perna direita com estrutura normal.
3ª levando a perda funcional de 50%.
4ª no membro inferior direito.
5ª

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 12/03/19 a 12/03/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		Dr. Alisson F. P. Vieira Ortopedia - Traumatologia CRM-PR 17520 R. 17520
Goiana PE	12/03/19	
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 ABR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010
 RECIFE-PF

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do acidente: 19/04/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULAÇÃO COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

Data do acidente: 19/04/2019

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA MUSCULAR DA PERNA EM 2,5 CM, EDEMA EM PÉ (2+/4+) COM SINAL DO CACIFE POSITIVO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 35°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, CICATRIZ LONGITUDINAL EM FACE LATERAL DA PERNA EM 12 CM, EDEMA EM ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA (2+/4+), DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO TORNOZELO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO TORNOZELO EM 25°, DEAMBULA COM DIFICULDADE SENDO NECESSÁRIO O USO DE MULETA E CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO À DOR E FRAQUEZA MUSCULAR GENERALIZADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 26/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481783 **Cidade:** Goiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA **Data do acidente:** 19/04/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TERÇO DISTAL DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P 3/4/12/14

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 14

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280516/19

Vítima: ODETE MARIA DE FRANCA

CPF: 453.335.214-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ODETE MARIA DE FRANCA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ODETE MARIA DE FRANCA : 453.335.214-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/08/2019
Nome: ODETE MARIA DE FRANCA
CPF: 453.335.214-68

ODETE MARIA DE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso