

**Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210131571**

**Vítima: GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

**Data do Acidente: 01/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois a entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210131571**

**Vítima: GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

**Data do Acidente: 01/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

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, 09 de Julho de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210131571**

**Vítima: GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

**Data do Acidente: 01/11/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Recebedor: **GUILHARDO FREIRE FERREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000060614361-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 048.789.724-24 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Freire Ferreira

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

5 - Nome completo: Guilherme Freire Ferreira 6 - CPF: 048.789.724-24  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: R. Marcos Albino Rafael 9 - Número: 132 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Valentim 12 - Cidade: Jardim Pessoa 13 - Estado: PM 14 - CEP: 5806305  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83-9992-9283

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Mubank

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 60614361 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

MÃO ALFABETIZADO

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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data, Jardim Pessoa 22-04-2021

Guilherme Freire Ferreira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05762.01.2021.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05762.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:32 horas do dia 21 de abril de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Guilhardo Freire Ferreira**, CPF nº 048.789.724-24, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Ieda Freire Toscano de Brito e Guilherme Antonio Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 22/11/1982 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Diogenes Gomes da Silva, Nº SN, complemento QD-28, LT-14, , bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência N Si, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99305-8446.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua. Sargento Pedro Nazaré Rodrigues Machado, Valentina, N S I, João Pessoa/PB, bairro Planalto Boa Esperança; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/11/20 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 01/11/2020, POR VOLTA DAS 17H40MIN, PILOTANDO NA RUA MENCIONADA NO BO, NA MOTO DE MARCA-HONDA CG 125 FAN KS, DE COR-PRETA 2011/2011, DE PLACA-NPW2123/PB, DE PROPRIEDADE DA EMPRESA COM DE M VEL DE A ME, CNPJ. 40974941000140, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONTROLE DA MOT, VINDO A CAIR EM UM BURACO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO, COM ALTA NO DIA 13/11/2020, LAUDO MEDICO ASSINADO PELO DR. DAVID PIERRE LUCENA MATIAS, CRM/PB, 13263.

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

João Pessoa/PB, 21 de abril de 2021.

  
GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

  
GUILHARDO FREIRE FERREIRA  
Noticiante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 048.789.724-24 4 - Nome completo da vítima: Guilherme Freire Ferreira

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

5 - Nome completo: Guilherme Freire Ferreira 6 - CPF: 048.789.724-24  
7 - Profissão: Pintor 8 - Endereço: R. Marcos Albino Rafael 9 - Número: 132 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Valentim 12 - Cidade: Jard Pessoa 13 - Estado: PM 14 - CEP: 5806305  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83-9992-9283

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
 RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Nubank

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

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 60614361 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

MÃO ALFABETIZADO

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

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, Jard Pessoa 22-04-2021  
Guilherme Freire Ferreira  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



GUILHARDO FREIRE FERREIRA  
RUA MARCOS ALBUINO RAFAEL, 132 - P. DOA ESPERANCA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58063305 (ALB 5)

CPF/CNPJ/RANI 048 789 724-24

Grupo CONVENCIONAL BAlTA TENSÃO / Subgrupo B1  
Classe RES MTC B1 / Subclasse BAlTA RENDA  
Ligação MONOFÁSICO  
Roteiro 18-5-584-4790 IP Medidor 00003090694



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/802619-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00008026197



VALOR DA FATURA

R\$ 12,72



VENCIMENTO

06/04/2021



REFERÊNCIA

Mar / 2021



CONSUMO

30kWh

0,97 kWh  
MÉDIA DIÁRIA  
FATURADO  
PELA MÉDIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

FATURAS EM ATRASO

Jan/21	R\$130,01
Dez/20	R\$141,46
Nov/20	R\$125,85
Out/20	R\$102,70
Set/20	R\$142,28
+ 1 CONTAS	R\$160,09

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY  
A: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
1 056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 353997 Atd: Nao Regul  
Data: 01/11/2020  
Hora: 18:45:21  
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENT  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GUILHARDO FREIRE FERREIRA  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 048.789.724-24  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2382368 Fone: 988310769  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/11/1982 Id: 37 ano(s)  
End.: RUA MARCOS ALBINO RAFAEL, 132  
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Mae: IEDA FREIRE TOSCANO DE BRITO Pai: GUILHERME ANTONIO FERREIRA  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: AUTONOMO Escolaridade: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Esp.: O MESMO  
Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: RUA

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

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave  
 Politraumatizado  Convulsao  
 Hemorragia  Dispineia  
 Diarreia  Agitado  
 Regular  Chocado  
 Vomito

Queixa Principal

Repre queda de motocicleta há ± 30 min.  
Sem TCE, sem trauma toraco-abdominal.  
Ao exame - Fratura exposta fíbula esquerda

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Fratura torçozila esp. exposta?

Conduta

Av. ortopedis  
Rx.

Prescriçao

Horario da medicacao

Dr. Teruliano Leite  
CRM 7131 PE



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Guilherme Vieira Lima Data da Admissão: 05/11/2020  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:  / /  
 QPD: \_\_\_\_\_  
 HDA: \_\_\_\_\_  
pt. vítima de acidente de motocicleta,  
apresentando dor + edema + deformidade +  
fcc em T77 (E)  
 Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_  
 Interrogatório Sintomatológico:  
**Geral:** [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
 [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_  
**Pele:** \_\_\_\_\_  
**Cabeça e Pescoço:** [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
 [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
**AR e ACV:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
 [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
**ABD:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
 [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume  
**AGU:** [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
 [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_  
**SME:** [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposo [ ] Deformidades  
 [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos  
**SN e PSQ:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_

*Assinatura de A. R. Filho*  
 \_\_\_\_\_  
 CRM: 10017/1997/10025215

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_  
[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Alcoolismo [ ] Tabagismo  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_  
Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_  
Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_  
Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Ex - exportar de TNF (D)*

Conduta: *anal + antiinflam + sintom +*

*Intero pl Ho: úngico*

*Temístocles de A. R. Filho*  
CRIOFEDISTA E REUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 7018 / JCR: 15747 TRQE: 534



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **GUILHARDO FREIRE FERREIRA** ENFERMARIA/LEITO: **09/132**  
 IDADE: **38** SEXO: **Masc** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**  
 DATA DE ADMISSÃO: **11/11/2020** DATA DE ALTA: **13/11/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **2 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA BIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO** CID: **582**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO** COLETA DE MATERIAL ( ) SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

INDICAÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( ) ÓBITO**

SÍNTESE CLÍNICA: **paciente portador(a) de fratura bimaléolar de tornozelo ESQUERDO foi submetido(a) a tratamento cirúrgico. Recebeu alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço.**

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

ETA: **Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...**

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

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

INDICAÇÕES PARA CASA: **Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico**

TORNO: **Ao posto de saúde em 21 DIAS.**  
**Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.**

Médico:  
**Dr. Toribio**

**David Henri Lucena Matias**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

**13/11/2020**  
 Data

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



## CERTIDÃO

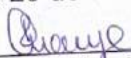
Nº. 0033/2021

Atendendo solicitação de **GUILHARDO FREIRE FERREIRA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de ficha de atendimento nº 356233 e prontuário nº 2020.11.0049 pertencente ao paciente **GUILHARDO FREIRE FERREIRA** que foi atendida dia 11/11/2020 às 07H16min, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/11/2020 com alta médica dia 13/11/2020.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de Janeiro de 2021

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

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

Ficha Nr: 356233 Atd: Nao Regul.  
Data: 11/11/2020  
Hora: 07:16:32  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR.  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: GUILHARDO FREIRE FERREIRA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2020.11.000019

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 048.789.724-24

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2382368 Fone: 988310769

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 22/11/1982 Id: 38 ano(s)

End.: RUA MARCOS ALBINO RAFAEL,132

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: IEDA FREIRE TOSCANO DE BRITO

Pai: GUILHERME ANTONIO FERREIRA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resr.: GUILHARDO FREIRE FERREIRA

Tel. Loc. Responsavel: 988310769 / IDENTIDADE: 2382368

Procedencia: HOSPITAL PADRE ZE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AZUL

PA:

FR:

Aparentemente Bem  Grave

FC:

TP:

Politraumatizado  Convulsao

Peso:

Altura:

Hemorragia  Dispineia

Glicemia:

IMC:

Diarreia  Agitado

Circ. Abd:

O2%:

Regular  Chocado

Vomito

Queixa Principal

Observacao

AVALIACAO DA ORTOPEdia

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fulhardo Freire Corrêa</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>11.11.20</u>	Cirurgião: <u>Torbio</u>		1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesiista: <u>Maria</u>	Tipo Anestesia: <u>Rafii</u>		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Tubo</u>					
<u>Balão</u>					
<u>Jangalo (F)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>RAFI</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 ( ) Sim					
2 ( ) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 ( ) Sim					
2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

**Torbio Gomes Pereira**  
 ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO  
 CRM/PB 5350 TEO 12163

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDT sob Ráqui

Incisão:

Anterolateral

Assepto e Antiseptia e Cobe de

Achados:

Compos esteres

Redução aberta e fixação de fíbula

condalo cotovelo com placa 1/3 com

Conduta:

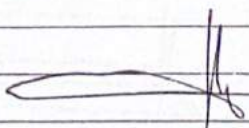
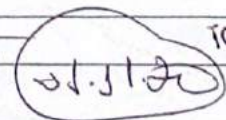
8 furos.

Redução aberta e fixação de fíbula  
condalo cotovelo com 2 parafusos  
esponjosos.

Fechamento:

Fechamento por planos  
curativo

OBS:

Torbio Gomes Pereira  
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO  
CRM/PB 6350 TEOT 12183

Data: / /

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDT sob Rápidi

Incisão:

Anteserna

Assise e Anterior e Cabe de

Achados:

Compos esterios

Reducao abaxte e biondo de filue

Reducao lateral com placa 1/3 com

Conduta:

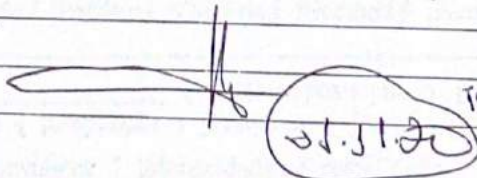
8 furos.

Reducao abaxte e lateral de filue  
Reducao lateral com 2 pontos  
esponjosos.

Fechamento:

Fechamento por pontos  
Curativo

OBS:



Toribio Gomes Pereira  
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO  
CRM-PB 6350 TEOT 12163

Data: / /

MÉDICO/CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



ME  
ILHARDO FREIRE FERREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2382368 SSP PB

CPF 048.789.724-24 DATA NASCIMENTO 22/11/1982

FILIAÇÃO  
GUILHERME ANTONIO  
FERREIRA  
IEDA FREIRE TOSCANO DE  
BRITO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04684001786

VALIDADE  
04/04/2023

1ª HABILITAÇÃO  
01/07/2009

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Ilharde Freire Ferreira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 10/04/2018

*Araceli*  
ASSINATURA DO EMISSOR  
81221512481  
PB036618683

11442

ALDO AMBAGES GOMES DE MENEZES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



ME  
ILHARDO FREIRE FERREIRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
2382368 SSP PB

CPF 048.789.724-24 DATA NASCIMENTO 22/11/1982

FILIAÇÃO  
GUILHERME ANTONIO  
FERREIRA  
IEDA FREIRE TOSCANO DE  
BRITO

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
04684001786

VALIDADE  
04/04/2023

1ª HABILITAÇÃO  
01/07/2009

OBSERVAÇÕES

EAR;

*Ilharde Freire Ferreira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 10/04/2018

11442

*Araceli*  
ASSINATURA DO EMISSOR  
81221512481  
PB036618683

**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: 3210131571

Nome do(a) Examinado(a): GUILHARDO FREIRE FERREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): R MARCOS ALBINO RAFAEL, 132, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/PB / 2382368

Data e local do acidente: 01/11/2020 - João Pessoa/PB

Data e local do exame: 28/06/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do tornozelo esquerdo.

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

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

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

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

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

Sim

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

Sim

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

Apresenta claudicação da marcha, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

**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 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 (\*)

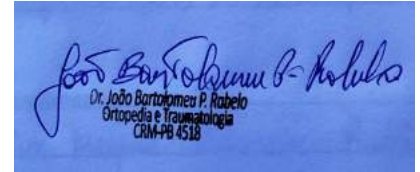
() "Vítima em tratamento"

() "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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Médio - 50%

**VIII.** Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Dr. João Bartolomeu P. Rebelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 4518

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210131571

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

**Data do acidente:** 01/11/2020

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do tornozelo esquerdo.

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

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador inicialmente, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico em 11/11/2020 sendo realizada osteossíntese com placa e parafusos, com alta hospitalar em 13/11/2020.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/06/2021

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210131571

**Cidade:** João Pessoa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

**Data do acidente:** 01/11/2020

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do tornozelo esquerdo.

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

**Resultados terapêuticos:** Submetido a tratamento conservador inicialmente, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico em 11/11/2020 sendo realizada osteossíntese com placa e parafusos, com alta hospitalar em 13/11/2020.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 28/06/2021

**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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210131571 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA **Data do acidente:** 01/11/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01 A 05. ANEXO 01 - PÁGINAS 01 A 04.  
VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3160236124 - 16/12/2012) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO PÉ ESQUERDO (50%).

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210131571 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA **Data do acidente:** 01/11/2020 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/06/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01 A 05. ANEXO 01 - PÁGINAS 01 A 04.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO JUDICIAL (3160236124 - 16/12/2012) ANTERIOR PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO PÉ ESQUERDO (50%).

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107844/21

**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

**CPF:** 048.789.724-24

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/11/2020

**Titular do CPF:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### **GUILHARDO FREIRE FERREIRA : 048.789.724-24**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/04/2021  
Nome: GUILHARDO FREIRE FERREIRA  
CPF: 048.789.724-24

\_\_\_\_\_  
GUILHARDO FREIRE FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2021  
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA  
CPF: 117.281.804-57

\_\_\_\_\_  
JOSIVAN GOMES DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107844/21

**Número do Sinistro:** 3210131571

**Vítima:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

**CPF:** 048.789.724-24

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/11/2020

**Titular do CPF:** GUILHARDO FREIRE FERREIRA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/06/2021  
Nome: GUILHARDO FREIRE FERREIRA  
CPF: 048.789.724-24

\_\_\_\_\_  
GUILHARDO FREIRE FERREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/06/2021  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

\_\_\_\_\_  
MARCELA DO CARMO DE LIMA