
Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332890

Vítima: FERNANDA DOS ANJOS SILVA

Data do Acidente: 31/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDA DOS ANJOS SILVA

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, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190332890

Vítima: FERNANDA DOS ANJOS SILVA

Data do Acidente: 31/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDA DOS ANJOS SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o 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 dos punhos

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: FERNANDA DOS ANJOS SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000737

Conta: 0000081419-8

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) da cobertura: ☐ DAA (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 0168444/19 CPF da vítima: 700 096 644 08 Nome completo da vítima: Fernando dos Anjos Silva
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
 Nome completo: Fernando dos Anjos Silva CPF: 700 096 644 08
 Profissão: diarista Endereço: Rua Aristides Almeida Neto Número: 45 Complemento: A
 Bairro: Jardão Cidade: Campos Gerais Estado: PR CEP: 58436-220
 E-mail: marcio.bruno@uol.com.br Tel.(DDD): 83 33341289

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\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPEIRA (destinado para poupança e não para saques. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0737 CONTA: 81419 8
(Informar o dígito do código) (Informar o dígito do código)
☐ CONTA CORRENTE (destinado para saques)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito do código) (Informar o dígito do código)

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 o débito, dando já o consentimento para a efetivação do crédito, quitando 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 o regime 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 do 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com o futuro avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do dolo da vítima: _____
 Grau do 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 herdeiros (ou sucessores)? ☐ 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 provaram esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação da ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Campos Gerais - PR 20/05/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 (Assinatura de quem assina A ROGO)
Fernando dos Anjos Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
 1ª Nome: _____
 CPF: _____
 2ª Nome: _____
 CPF: _____



Assinatura do Representante (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 (83) 3310-9319



CERTIDÃO DE Ocorrência POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000081/19 registrada em 30/04/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos trinta dias do mês de abril do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEICULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:15 horas, compareceu a Sra. JOSÉ DE ANCHIETA LOPES DA SILVA, com 45 anos de idade, filha de LOURIVAL LOPES DOS SANTOS e JOSEFA MANECO DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de CUBATI - PB, Solteiro, escolaridade Medio Completo, profissão SERVIÇOS GERAIS, portadora da Cédula de Identidade Nº 2.186.378, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 03612622480, residindo à rua ARISTIDES OLÍMPIO MAIA, 07, bairro SERROTÃO, na cidade de Campina Grande - PB, celular 9-8706.3291.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 08h30min do dia 31.01.2019, estava trafegando pela Rua Manoel Mota, Bairro de Bodocongó, no sentido Bairro/Centro, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, ano/modelo 2011/2012, cor vermelha, chassi nº 9C2KC1670CR416216, de placa OEU-0390/PB, licenciada em seu nome (José de Anchieta Lopes da Silva), levando como "carona" a outra vítima FERNANDA DOS ANJOS SILVA, brasileira, natural de Puxinanã/PB, solteira, diarista, com 23 de anos de idade, nascida aos 12.10.1995, filha de Antonio Justino da Silva e Josefa Eliete dos Anjos, portadora da cédula de identidade nº 3.924.873 - SSP/PB, residente à Rua Aristides Olímpio Maia, nº 45-A, Bairro do Serrotão, Campina Grande/PB, quando foi surpreendido por uma camionete tipo TOYOTA HILLUX, de placas e outras características desconhecidas, inclusive o condutor, a qual estava atravessada e tomando as duas faixas da via, tendo o comunicante reduzido a velocidade e desviou bruscamente, na tentativa de evitar a colisão e acabou saindo da pista, caindo em seguida em um barranco, causando-lhe lesões na bacia, além de escoriações generalizadas pelo corpo, enquanto que a outra vítima FERNANDA DOS ANJOS SILVA sofreu fratura no punho da mão direita e diversas escoriações pelo corpo, sendo ambos socorridos pelo SAMU e encaminhados para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foram submetidos a tratamentos médicos, conforme declarações e prontuários em anexo, enquanto que o condutor da camionete evadiu-se do local sem ser identificado; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, os Policiais Militares do BPTran não compareceram ao local para realizar os levantamentos técnicos; Que, o comunicante e a outra vítima manifestam o desejo de não representar criminalmente contra o condutor da camionete que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 30 de Abril de 2019

José de Anchieta Lopes da Silva

JOSÉ DE ANCHIETA LOPES DA SILVA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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: 28/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDA DOS ANJOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00737

CONTA: 000000081419-8

Nr. da Autenticação 6E0F456DAF30D7E1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose de Anchieta Lopes da Silva,
RG nº 2186378, data de expedição 16/03/95,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 03612622480, com
domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Aristides Oliveira Moura, nº 08,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fernando dos Anjos Silva, cujo o condutor era
Jose de Anchieta Lopes da Silva

Veículo: Motocicleta Honda 150
Modelo: 150 FAN CSI - 2012
Ano: 2011
Placa: OEU-0390
Chassi: 9C2KC1670CR416216
Data do Acidente: 31/01/2019
Local e Data: Campina Grande - PB 10/05/2019


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

6º
Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE DE ANCHIETA LOPES DA SILVA
Dou fe, Campina Grande/PB - 10/05/2019
Substituta: NELIA MELLO LUCAS
Selo Digital: AL30542-TUXR
Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.pb.gov.br>
Emol R\$9,91 Fapen R\$0,22 MP R\$0,16 Fep R\$1,82

6º
Rua Marques do Harval, 16
Loja Ed. Galeria Ed. Lucas
Campina Grande - PB

Nelia Mello Lucas
Tabellã Substituta
Cartório do 6º Ofício
Campina Grande - PB





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1824087

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 31/01/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Vanessa Patrícia Sales Do Nascimento

PACIENTE: FERNANDA DOS ANJOS CEP:58400002

Nascimento:12/10/1995

SILVA

Endereço: R ARISTIDES OLÍMPIO MAIA

Sexo: F

Telefone: 93989731

Cidade: Campina Grande

Idade: 023

Bairro: SERROTAO

Nome da Mãe: ELIETE DOS ANJOS

RG:

Nº: 8

Responsável: ELISANGELA LOPES

CPF:

Profissão: DO LAR

Estado Civil:

Data de

Atend: 31/01/2019

CNS: 708203178399648

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 09:41:56

CONVÊNIO: SUS

Médico:

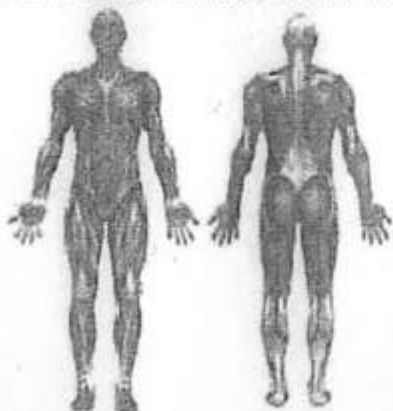
CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| 1. Abrasão | 19. Fratura óssea fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura óssea aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento Venoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão tendinosa |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empiamento | 26. Mordedura |
| 9. Enfisema subcutâneo | 27. Movimento torácico paradoxal |
| 10. Esmagamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorragia |
| 12. F. Arma branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de fogo | 31. Paresia |
| 14. F. Cortado | 32. Parosteia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Corte-contuso | 34. Rinite |
| 17. F. Perfuro-contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-cortante | 36. |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Queda de moto com lesão

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto há 1h. A: Vias aéreas permeáveis, sem ruído com color normal. Coluna cervical intacta, sem manobra de Whitman. A: respiração espontânea, sem dor à insuflação profunda. C: pulso radial em ambos membros superiores e inferiores, pulso pedalar presente. D: Glasgow: 15; E: membros sem alterações físicas do corpo; deformidade em punho direito, fratura de rádio e ulna. R: sem alterações físicas. S: sem alterações físicas. T: sem alterações físicas. U: sem alterações físicas. V: sem alterações físicas. W: sem alterações físicas. X: sem alterações físicas. Y: sem alterações físicas. Z: sem alterações físicas.

ALERGIA:

Neg

MEDICAMENTOS:

Neg

PATOLOGIAS:

Neg

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas

Glasgow 15 PA 20 HGT: 2019 Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
() Gasometria arterial
() Tomografia Computadorizada

- (X) Ultrassonografia: FAST
(X) Radiografias: Quadril esquerdo e punho direito
()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: *Ortopedia* / às : Dia / /
Especialista: / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<i>Ringon lactato 500ml EV Agor</i>	
2	<i>Talatel 20mg - 2amp EV Agor</i>	
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Catão
CRM 11.038

CÓPIA

COPIA

SJC

Ficha de Acolhimento

Nome: Fernanda do Anjo de Silva
 End: Aristides Olimpio 11.9 Bairro: Serra
 Data de Nascimento: 12 (92A) Documento de Identificação:
 Queixa: Ac. 10h Data do Atend.: 31-01-19 Hora: 09:35 Documento:
 Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Moto

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemir
 Frequência respiratória: Frequência cardíaca:
 Pressão arterial: Temperatura axilar:
 Dosagem de HGT: Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
 Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

urgente

- ☒ Vermelho - atendimento imediato
- ☐ Verde - atendimento até 4 horas

- ☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
- ☐ Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



2º punho direito.

PEd + GAF + Din

MTC

Unipar

Bo 2ch

Edimar Soares de Araújo
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PB. 15601 TEOT. 11502

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revella
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

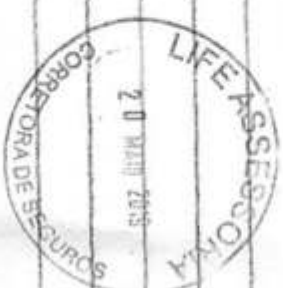
Edmarcelo Soares Duarte
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE



COPIA

PACIENTE: FERNANDA DOS ANJOS SILVA
DATA DO EXAME: 31.01.2019

RADIOGRAFIA DE PUNHO

- Fratura do radio distal com desalinhamento ósseo entre os componentes fraturados.

RADIOGRAFIA DE QUADRIL

- Não identifico sinais de fraturas desalinhadas ou luxações nas estruturas avaliadas no presente estudo, ressaltando-se a limitação do exame por não contemplar a porção direita da pelve, não sendo possível portanto excluir alterações neste segmento.

33

CÓPIA



Dr. Arthur José Ventura
CRM/PE: 6481

Dra. Adriana Jounen
CRM/PE 7088

Dra. Marcelle Farias
CRM/PE 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PE: 6485

Dr. Ramonê Miranda
CRM/PE: 8220

Dr. Roberto Maia
CRM/PE: 6101



ft. Fendi Digital (D)

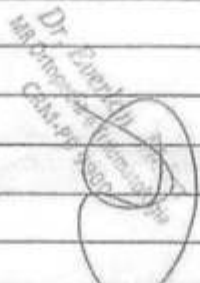
[illegible]

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Fernando dos Anjos Silva			
Data da Operação	Enf.	Leito	
9/11/2019	9	3	
Operador		1º Auxiliar	
Dr. Ricardo Mendes		Dr. João Carlos	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Dr. Evandro Mendes			
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Fx. Rotação do 1º D			
Tipo de Operação Fixação protética			
Diagnóstico Pós-Operatório O correto			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Paciente em DDH sob Anestesia.
2. Assepsia + Antissepsia + Aposição de Campos Estéreis.
3. Redução Incruenta de Fratura sob Escopia.
4. Osteossíntese Percutânea com 2 Fios "K" nº 20 sob Escopia.
5. Curativo + Imobilização com Tala Axilo Palmar. 9



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Leonardo dos Anjos Silva</u>	Idade: <u>23 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>11/02/2019</u>
Procedimento: <u>Tratamento cirúrgico para fratura de rádio distal e</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Filho</u>	Auxiliar:
Anestesista: <u>Dr. Diego</u>	
Início: <u>10:35</u>	Término: <u>10:50</u>
Anestesia: <u>Sedação</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
10:39	~	114 bpm	95 %	Franci + Ruan	+	consciente
11:40	-	98 bpm	95 %	Franci + Ruan	+	..
11:50	-	80 bpm	96 %	Franci + Ruan	+	..

Medicamentos/Materiais	Quantidade

Observações:


Assinatura Anestesista
Circulante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 3.924.873 DATA DE
EXPEDIÇÃO 29/11/2010

NOME FERNANDA DOS ANJOS SILVA

FILIAÇÃO ANTONIO JUSTINO DA SILVA
JOSEFA ELIETE DOS ANJOS

NATURALIDADE PUXINANÁ-PB DATA DE NASCIMENTO 12/10/1995

DOC ORIGEM NASC.N.4523 FLS.111 LIV.A 05

CARTORIO CAMPINA GRANDE.PB.

CPF 700.096.644-08

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 28/06/83

P. 917

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Fernanda dos Anjos Silva



EUNIKSIN

HCH/DA/CG 150 FAN TEST

2. P/1149 /CT

PARTIC

VERMELHA

— (307A) U:NC

YEMC, COJAN, UNH

vi03/cntr@u.wisc.edu

5-FLUOROURACIL (5-FU)

PALLADIUM LTD / COITAS

5

SUGURO

PAG 0





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Fernando dos Anjos Silva
 DATA DO ACIDENTE 31/01/2019 CPF DA VÍTIMA 700.096.644-08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Fernando dos Anjos Silva
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Fernando dos Anjos Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Aristides Oliveira Moura
 Nº 45 COMPLEMENTO A BAIRRO Santa Rosa
 CIDADE Campina Grande UF PB CEP 58400-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 32341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/05/2019
 IDENTIDADE 3924 873
 ASSINATURA Fernando dos Anjos Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA DOCUMENTAÇÃO

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332890 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA DOS ANJOS SILVA **Data do acidente:** 31/01/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA. P1/4/6FC/7

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190332890 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDA DOS ANJOS SILVA **Data do acidente:** 31/01/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA. P1/4/6FC/7

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

Documentos

complementares:

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0168494/19

Vítima: FERNANDA DOS ANJOS SILVA

CPF: 700.096.644-08

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 31/01/2019

Titular do CPF: FERNANDA DOS ANJOS
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

FERNANDA DOS ANJOS SILVA : 700.096.644-08

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: 20/05/2019
Nome: FERNANDA DOS ANJOS SILVA
CPF: 700.096.644-08

FERNANDA DOS ANJOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA