

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11587312

A/C: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170469905 ASL-0333120/17

Vitima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Data Acidente: 23/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **21/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **23/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo
faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**

Sinistro: **3170469905**

Vítima: **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**

Data do Acidente: **23/09/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170469905** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2018

Carta nº: 12194800

A/C: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Nº Sinistro: 3170469905
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA
Data do Acidente: 23/09/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000732**

Conta: **0000037200-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, HELIO JARDNEL DE MEDEIROS E SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.949.332

EXPEDIDO POR

SS05183EM 25/03/11 ECPF 714848484-70 / CNPJ _____, PROFISSÃO AGRICULTOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA HELIO JARDNEL DE MEDEIROS E SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colado, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0732 N° da CONTA (com dígito, se existir) 37800-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

VISTA SEGURO Nº 04 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



SEGURO LÍNEA DPVAT 5 & 21/09/2017 09:15 - 0000121392



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 36/2017

Aos **TRES (03) dias** do mês de **MAIO** do ano de **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Malta/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, na presença da Autoridade Policial, **BEL JOSÉ EDSON PEDROZA MONTEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, e na ausência de Escrivão de Polícia, ao final assinado. Às, por volta das 10h:30min, compareceu: **HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA**, brasileiro, natural de Patos-PB, nascido aos 20/07/1995, com 21 anos de idade, solteiro, agricultor, filho de Hélio Gomes da Silva e Maria de Fátima Gomes de Medeiros, residente na Rua José Arquilino de Farias, 223, Centro, Vista Serrana/PB, RG Nº 3.949.332 - SSP/PB, fone: 98116-6627. A fim de prestar a seguinte queixa: **Que, na noite do dia 23/09/2016 o declarante vinha da cidade de Malta para Vista Serrana e ao passar pelo sítio São Francisco conduzindo uma motocicleta Honda CB 600 F HORNET, cor amarela, ano 2009, placa BWX-8256, chassi 9C2PC42009R000651, renavam 00147244099, e na garupa da moto vinha a pessoa de LUANA GOMES DE ARAÚJO; QUE, ao chegar na Serra na altura do açude do curtume, se encandeou com o farol de Neon de uma outra moto que vinha no sentido contrário, bateram de frente e com o impacto em que perdeu o controle da moto e veio a cair na pista de rolamento; QUE, foram socorridos pela ambulância do SAMU para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi feita cirurgia no joelho, fêmur e mão esquerda; QUE, na outra moto trafegava a pessoa conhecida por JOSENILDO DO NASCIMENTO; QUE, a mulher de nome LUANA GOMES DE ARAÚJO, brasileira, natural de Patos-PB, nascido aos 25/09/1990, com 26 anos de idade, solteira, filha de Carlos Antonio de Araújo Noberto e Marilide Gomes de Medeiros, residente na Rua por trás do Forum de Malta/PB, RG. Nº 3.772.420 - SSP/PB, sofreu fratura no joelho e fêmur esquerdo e que ela e o notificante passaram cerca de 25 dias internados; QUE, no hospital JOSINALDO que sofreu fratura no osso de fêmur e pé esquerdo ficou na mesma enfermaria do notificante; QUE, notificante não possui CNH e a moto que trafegava estar licenciada em nome LÁZARO RODRIGUES DE SOUZA. E nada mais havendo a constar encerro o presente Boletim que, lido e achado, conforme, vai devidamente datada e assinado por este agente de investigação, pela ausência de escrivão, que o digitei. O Referido é verdade. Dou fé.**

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Hélio Jardel de Medeiros e Silva

OBS: A presente CERTIDÃO não substitui o(s) documento(s) original (is), tem como finalidade apenas a obtenção da 2ª via do(s) documento(s) junto ao(s) órgão(s) competente(s), com validade de 30 dias

Malta-PB, 03 de maio de 2017

APC - ÂNGELO GIUSEPPE PALMEIRA GOMES

Matr. 132.328-5

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Tit.: JOANA D'ARC ELLAS DE QUEIROGA
Sub.: ANDRÉ LUIZ ELLAS DE QUEIROGA

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas Notas. Dou fé.
POMBAL-Paraíba, 03/05/2017.

Selo Digital de Verificação - Tipo Normal C-AFD33342-ET4F
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>
[EAB:2.77][FA 0.27][ISS 0.14][TT 3.04]

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.694-53

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DL



Eu, HELIO SANDER DE MEDEIROS E SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.949.332 SSOS 183 e inscrito no CPF/MF sob o nº 714.848.484-70, residente e domiciliado na Rua JOSE AQUILINO DE FARIAS, 223, CENTRO, VISTA SERRANA - PB, 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 (lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Helio Sander de Medeiros e Silva

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

VISTA SERRANA - PB, 04 de AGOSTO de 20 17.



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAM

FICHA DE REGULACÃO MÉDICA / ATENDIMENTO V.I.R.



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

DATA 23-09-16	OCCORRÊNCIA Nº 0320	PACIENTE/USUÁRIO André, Pires mediano	IDADE 44	SEXO ☒ MASC ☐ FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA BR Bahia - Ilheus	BARRIO BR	MÉDICO REGULADOR Guedes		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ OUTRO:				
OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ MÉTROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: ARP RESPONSÁVEL: 1081/2 FUNÇÃO: Guia

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Colinas mato x. mato - festa exposta por família e mão

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUIDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☒ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm

P.A.: 120 X 90 - FC: 93 - TEMP: 36.5 °C - GLICEMIA: 120 mg/dl - E. Com a: 98% SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: 98%

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☒ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Distúrbio Autônomo ☒ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☒ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Mado ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardíaca Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros:

INTERVENÇÕES:

SMA + Injeção de membro + imobilizado em prancha rígida + uso de colar cervical + remédio na H.P.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Unido possui o USB-03 a última de colar motor moto, 2015, (Lapou) 15, sup-
rônio, apresentando alguns defeitos em folha 5 e mão 5. Realizada a mobilização
de membro afetado, uso de cola cervical e mobilização em posição a-
ntes (programa motorola) e removido ao HRP.

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

- O2 e lar central M - Máscara
- Compressas
- (Aldes)
- Pinos

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☒ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☒ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS:

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

DIAGNÓSTICOS:

Politraumatizado. Fratura exposta do fêmur
e fêmur no max

PROCEDIMENTOS:

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☒ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☒ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☒ COLAR CERVICAL
☐ TALAS/TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS:

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):

1º. Evolução com intercorrências

ENCAMINHAMENTO:

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME:

R.G.:

ASSINATURA:

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO:

MÉDICO:

CRM:

MAT.:

ENFERMEIRO(A):

COREN:

MAT.:

AYX. TÉCNICO DE ENFERM.:

COREN:

MAT.:

CONDUTOR:

MAT.:

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: 28/12/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000037200-7

Nr. da Autenticação 9B8DE40DDD18F1F2

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documento: 38.000100.00000000

Eu, HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVARG nº 3.949.332, data de expedição 25/03/11, Órgão SSDS 180,

CPF nº 719.848.484-70, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA JOSE ARQUILINO DE FARIAS</u>
Número	<u>223</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>VISTA SENNAIA</u>
Estado	<u>PANAÍDA</u>
CEP	<u>58.710-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83)981488766 (83)999746322</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: VISTA SENNAIA - PB, 04.08.2017Assinatura do Declarante: Helio Jardel de medeiros e SilvaSECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL
21/08/2017 09:25 - 000001800

ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, N°s 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-480
CNPJ 08.086.183/0001-40 Insc. Est. 18.043.823-0

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

MARIA DE FATIMA GOMES DE MEDEIROS
RUA JOSE ARQUILINO DE FARIAS 223
VISTA SERRANA

5/1073391-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2017

28/07/2017

16

04/08/2017

R\$ 18,66

Acesse: www.energis.com.br



-14729% 2921

MARIA DE FATIMA GOMES DE MEDEIROS

Roteiro: 18-128-785-2900

83650000000-2 18660054000-6 10733812017-5 07001280010-2

VENCIMENTO**TOTAL A PAGAR**

MATRÍCULA

04/08/2017

જનરૂ ૧૬,૬૬

1073394-2017-07-01



SEATTLE 11/16/17 5:21 PM 5 & 21/08/2017 09:28 - 000000213825



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LAZARO RODRIGUES DE SOUZA, RG nº 3313556, data de expedição 03/08/2012, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 396.469.328-60, com domicílio na cidade de Itapevi, no Estado de São Paulo, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Carmem Silva de Almeida, nº 369, JD. Da Elvira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA, cujo o condutor era HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CB 600F HORNET

Ano: 2009

Cor: AMARELA

Placa: BWX 8256

Chassi: 9C2PC42009R000651

Data do Acidente: 23/09/2016

13 NOV 2017

Local e Data: Itapevi - SP, 13 / 11 / 2017

LAZARO R. de Souza

TABELÃO DE NOTAS E
PROTESTO DE ITAPEVI - SP

Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA E LETRAS POR AUTENTICIDADE)

** Helio Jardel de Medeiros e Silva*

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





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA - (83)3423-2741



Prontuario: 81086
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Data/Hora 23/9/2016 21:32:51

Servidor do Dr.:

Paciente: HELIO JARDEL SILVA MEDEIROS

Idade: 21 Sexo M

Filiação:

Pai: HELIO GOMES DA SILVA
Mãe: MARIA DE FATIMA MEDEIROS

Tel:

Endereço:

Cidade: VISTA SERRANA - PB - 58710-000 - 2505501

Endereço: JOAO FRANCISCO FILHO

Bairro: CENTRO

N.: 34

Naturalidade:

Fone:

Documentos:

CNS:

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

ascimento: 19/7/1995

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Lote: 070840 Código: A35 8 880
Piso: Infra modular Ósseo - R. x C x L x
200 x 1
Fabric.: 18/04/2016 Val.: 04/2021
Registro ANVISA Nº: 80083650030
Material: Aço Inox
Luz Guilhermino e Silva - Cda Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.832/0001-00 - Rua Clara / 80
Fone: (51) 309-1100 - info@guilhermino.com.br

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Lesão de trauma, com dor + deformidade + limitação
função e fratura em 1/3 M.E. + mão (E)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EF. NV normal em MIE e MSE

Lote: 070781 Código: F08 2 208
Sistema de Força Óssea Sertoni - Linela
Fórmula T 350 - Estêtil
Fabric.: 18/04/2016 Val.: 04/2021
Registro ANVISA Nº: 80083650031
Material: Aço Inox / Alumínio
Luz Guilhermino e Silva - Cda Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.832/0001-00 - Rua Clara / 80
Fone: (51) 309-1100 - info@guilhermino.com.br

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Dr. Felipe Guedes
CRM-PB 21032

Diagnóstico:

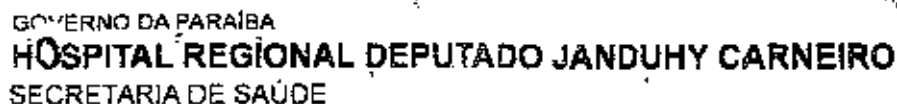
Intima exposta do fêmur distal (E) + 5º metacarpo (E)

Motivo da Alta:

Resultado: () Saliu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em. 18 / 10 / 16

Recepcionista: Elma

SECRETARIA LIDER DEPART 5 & 21/08/2017 09:26 - 000000213026



FOLHA DE ANESTESIA		Hospital	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário
Nome: Helio Jorael Silva Medeiros		Idade:		Sexo:	Cor:
Data: 23/09/16	Pressão Arterial: 120 x 60 / 100	Respiração: 20	Temperatura: 36,5	Peso:	Altura:
Hemoglobina:	Hemátia:	Hemócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:					
Ap. Respiratório:			Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório: NDN			Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo: JEIUM OK		Dentes:	Pescoço:	Ap. Urinário:	
Estado Mental: CONSCIENTE		Anteriores:	Corticoides:	Alergia:	Ritmo cardíaco:
Diagnóstico Pré-Operatório: frat. exp. L1		Estado Geral: Bom		Risco: 1	
Anestesia Anteriores:		Medicação Pré-Anestésica: MIDAZOLAM 5 mg			
Medicação Pós-Anestésica:		Efeito:			
Agente Anestésico: Q2 Líquido: (SF) (SF) (SF) (SF) (KL) CV, ARTERIAL, PULSO, RESPIRAÇÃO, V.Z., ANESTESIA, OPERAÇÃO Símbolos e Anotações: SPO2 98% Posição: RS Agentes: NEOCAINA 0,5% PESADA 12mg + DIMORF 80 mcg Técnica: RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações Operação: Hb ag (fr. ext.) de fr. exp. L1 + Melh. ag Cirurgião: Dr. Felipe Anestesista: DR. TÁVIO LEAL Observações: INDUÇÃO Sedat: Exat. Tosses: Exat. Laringe Espasmo: Exat. Lenta: Exat. Náuseas: Exat. Vômitos: Exat. Outros: Exat. MANUTENÇÃO Cetazolin 2g Dexame: Exat. Efortil 10mg Tenoxic: Exat. Dipirona 2g Ondasetro: Exat. Anestesia Satist. Sim: Exat. Não: Exat. Não, porque? Exat. DESPERTAR Reflexos da SC: Exat. Oletr. CO2: Exat. Excit.: Exat. Náuseas: Exat. Vômitos: Exat. Outros: Exat. Com cânula: Exat. para o leito sim: Exat. não: Exat. CONDIÇÕES Blg Dr. Távio Leal Anestesiologista CRMPB 5774					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Felipe Guedes Silva Melim</u>		Nº prontuário
Data da Cirurgia: <u>26/09/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr Felipe Guedes</u>	1º Auxiliar	
Anestesista: <u>Dr Mauro</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		
<u>Intus espinta do fêmur (E) + f- vertebra (E)</u>		
Tipo de Cirurgia		
<u>hml + fixação externa + fixação com fio K</u>		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1) Peto abdominal 1/2) Ampla tempo estôm
3) Ligam. fémur 3) Debridamento em cura
3) Pedic. de fêmur 4) fémur externo transcutâneo
5) Ligam. fêmur após m. d. r.
2) fémur em fio de K e f. fêmur
5) fémur em nylon + cerat. r.

Dr. Felipe Guedes
Ortopedia Traumatologia
CRM PB 7451
CBO 3621025

Obs: Jorjado edum em r. (solto R)

REGIONAL "DIP. JANCUTY CARNEIRO"

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Helio Gardel Silva Uedius GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAUDE

QT: - LITO: - CONVÊNIO: SOS DATA: 24 REGISTRO: 81096

CIRURGIAS: Pro. Cirurg. Nat. Externa de Femur ANESTESIA: Raque + F.O. de ANESTESISTA: M. Távio

INSTRUMENTADORA: Sergião DATA: 24.09.16 HORA: 00:00 HOSPITAL REGIONAL DEPARTAMENTO GERAL

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<u>2</u>	TX. de Instrumentador	<u>1</u>	Equipo p/O e sangs
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<u>1</u>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	<u>1</u>	Lâmina de Plaster <u>Nº 24</u>
	TX. Monitor Cardio-Respiratório		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<u>2</u>	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação G. Vesical	<u>1</u>	Seringa 3 ml
<u>2</u>	TX. Sali	<u>1</u>	Seringa 5 ml
	TX. Eletro. Elétrico	<u>1</u>	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso	<u>1</u>	Eletrodo Desc.
<u>1</u>	Neocain a Perda	<u>1</u>	Atadura de Crepom 15cm
	Haletano		Atadura de Crepom 20cm
	Trilonembul		Atadura Gessada 10cm
	Qualibin	<u>1</u>	Sonda Uretral 5 F.O. 99% 5º e 2º
	Pavilon		Sonda Nasogástrica
<u>1</u>	Dominid		Éter Sulfônico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilocaína 0,5%		Dreno Suopac
	Inovel		Dreno de Tórax
	Xilocaína 2,5%	<u>2</u>	Espandráculo
	Etidimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	<u>2</u>	Álcool 70%
	Publocoaine 0,5%	<u>2</u>	FVP Tintura
<u>1</u>	Dilator	<u>2</u>	Gases
	Laroxat 0,5ml	<u>2</u>	Algodão Hidrófilo
	Narcas		Algodão Ortopédico
	Fosce	<u>1</u>	Oldex cateter p/2
	Sufenta		Vassalha Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
<u>1</u>	Água destilada 15ml		Resina de Formo
	Proctigmine		Fio Cromado 0 de agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 de agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 de agulha
<u>1</u>	Stent		Fio Cromado 1 de agulha
<u>1</u>	Gelatina 1g		Fio Cromado 2-0 de agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 de agulha
<u>1</u>	Pireli		Cat-gut simples 0 de agulha
<u>1</u>	Dipirone		Cat-gut simples 0 de agulha
	Espanin 2000 VI		Cat-gut simples 2-0 de agulha
<u>1</u>	Tiltil		Cat-gut simples 2-0 de agulha
	Amoxicilina 500mg		Cat-gut 2-0 de amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 de agulha
	Acetato 20 e 22		Polycot 0 de agulha
	Polycot 0 de agulha		Polycot 2-0 de agulha
	Polycot 2-0 de agulha		Polycot 2-0 de agulha
	Polycot 3-0 de agulha		Polycot 2-0 de agulha
	Prolona 0 de agulha	<u>1</u>	Nylon 2-0



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. GANDUHY CARNEIRO



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Helio Jorde</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortop</u>	ENFERMARIA <u>9^a</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>09</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER: <u>21 anos</u> <u>Ri-op fratura MIE</u> <u>SMP: NON</u> <u>MED: NON</u> <u>ALEDRIS: ⊖</u> <u>ACV: REC. 21</u> <u>ECG: Taquicardia Sinusal</u> <u>NOE</u> <u>conduras. Baixo risco</u> <u>02/10/26</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>Heitor José de Menezes</u>	
DA CLÍNICA <u>Ortopedia</u>	ENFERMARIA <u>72</u>
A CLÍNICA <u>Unidade Vascul</u>	LEITO <u>04</u>
MOTIVO DA CONSULTA: <u>Port. vítima de acidente de trânsito Hb ± 10</u> <u>Dist. Alveolar como MIE</u> <u>11/10/16</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE <u>João H. Suassuna Laureano</u> Ortopedia e Traumatologia CRM-PB 7417

PARECER:

Pb o exame orientado de MIE, y
possível de trauma e lesão ortopédica
Sem sinais de perfuração atenuada n/

TEV

HD- TVP?

cd. Ruptura Vena n/ lesão de ruptura
Classe 60, 50, 50, 50, 50

Dr. Jairo Nolin
CRM-PB 5419
Cl. Vascular e Endovascular
Endovascular

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL				
PACIENTE Fábio Jandiel Silva				
UF RJ	CONVENIO SUS	IDADE 21	REGISTRO 81096	
CIRURGEAO Dr. Emerson Bot. Farias Avelar e		CIRURGEAO Dr. Fábio		
ANESTESIA Raque		ANESTESISTA Dr. Taurio		
INSTRUMENTACAO	DATA 14.10.16	INICIO 10:00	FIM	

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAUDE

HOSPITAL REGIONAL
DR. JANDINY CARNEIRO

SEGUINARUM LIBER DPUM 5 & 21/08/2017 03:26 - 06003215834



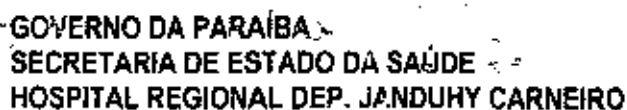
GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

7/04

Hospital		Enfermaria	Leito	Nº Prontuário	
FOLHA DE ANESTESIA		Nome	Idade	Sexo	Cor
14/10/16		Helio Joubert de	21	M	
Pressão Arterial	120x80	Respiração	Temperatura	Peso	Altura
Tipo Sangue					
VER PRONTUÁRIO		Glicemia	Urelz	Outras	
Urina					
Ap. Respiratório		Asma		Bronquite	
Ap. Circulatório		Eletrocardiograma		RCH	
Ap. Digestivo		Dentes		Pescopo	
Estado Mental		Ataxias		Corticoides	
CONSCIENTE		Alergia		Hipotensores	
Diagnóstico Pré-Operatório		Estado Físico		Risco	
Anestesia Anterior					
Medicação Pré-Anestésica		MIDAZOLAM 5 Mg		Aplicada as	
V		V		Efeito	
Agente Anestésico	02				
Líquido	(SF) (SF) (SF)				
CÓDIGO	280				
PV. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO	240				
V. Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO	220				
	200				
	180				
	160				
	140				
	120				
	100				
	80				
	60				
	40				
	20				
Sinais e Anotações	SPO2 98%				
Posição					
Agentes	NEOCAINA 0,5% PESADA mg + DIMORF 80 mcg				
Técnica	RAQUIANESTESIA: Punção lombar entre L3-L4 ag. 25 quincke LCR s/ Alterações				
Operação	The eye put for last (E)				
Cirurgião	Dr. Fábio				
Anestestesista	DR. TÁVIO LEAL				
Observações	Dr. Távio Leal Anestesiologista				
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias	CRMPB 5774				

SECRETARIA LIDER DEPARTAMENTO 5 21/08/2017 09:26 - 00000213675

SEATTLE POLICE 2102A-0P01T 5 & 21/03/2017 03:26 - 000000413384



RELÁTORIO DE CIRURGIA

Nome: 14800 SINDOL		Nº prontuário
Data da Cirurgia 14/10/16	Enf.	Leito
Cirurgião Dr FABIO SPÁ	1º Auxiliar Dr WAGNER	
Anestésista Dr TÁLIO	Tipo de Anestesia PROFUNDANESTESIA	
Diagnóstico Pré-Operatório FRATURA SUPRACONDILAR DO OMBRO FEMUR		
Tipo de Cirurgia OSTEOTOMIA DO OMBRO FEMUR DISTAL OSTEOMOMENTO COM PLACA E TORNILHOS		
Diagnóstico Pós-Operatório SEM		
Relatório Imediato do Patologista NÃO		
Exame Radiológico no Ato SIM		
Acidente Durante a Cirurgia NÃO		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Dr. Fábio de Moura Sp
Ortopedia e Traumatologia

Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Viscerais

09:26 - 00000021337

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Hélio Jaridel de Medeiros e Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 25/03/2011

NOME 3.949.332

HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

FILIAÇÃO

HÉLIO GOMES DA SILVA
MARIA DE FÁTIMA GOMES DE MEDEIROS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO 20/07/1995

DOC 04205-PB

NASC.N.1386 FLS.146 LIV.A03
CP CARTORIO VISTA SERRANA-PB

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
714.848.484-70

Nome
HÉLIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Nascimento
20/07/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
F259.96A1.2E81.FE4D

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:05:44 do dia 16/01/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL 16/01/2017 09:23 - IMPRESSÃO

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170469905 **Cidade:** Malta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA **Data do acidente:** 23/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 50° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA TAMBÉM DEFORMIDADE EM VARO EM REGIÃO DO FÊMUR DISTAL ESQUERDO, AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA COXA ESQUERDA EM 2,5 CM, SINAIS DE ALGO DISTROFIA, RETRAÇÃO DE PARTES MOLES EM REGIÃO DISTAL DA COXA DE APROXIMADAMENTE 8 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO ESQUERDO GRAU II, ALÉM DE DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO EM 25°.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E USO DE FIXADOR EXTERNO TRANS ARTICULAR. APÓS O PERÍODO DE 27 DIAS FOI RETIRADA O FIXADOR EXTERNO E REALIZADO A FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA 4,5 MM MAIS PARAFUSOS BLOQUEADOS. RECEBEU ALTA HOSPITALAR APÓS 48 HORAS E REALIZOU 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EXAMES RADIOGRÁFICOS EVIDENCIAM ARTROSE INTENSA EM JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Ins
AT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF: 714.848.484-70

Data do Acidente: 23/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de Identificação

Outros:

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA : 714.848.484-70

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2017

Nome: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF/CNPJ: 714.848.484-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2017

Nome: Isabel Cristina dos Santos Figueiredo

CPF: 015.685.637-95

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Isabel Cristina dos Santos Figueiredo

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA HELIO JANDIEL DE MEDEIROS G SILVA
 DATA DO ACIDENTE 23.09.2016 CPF DA VÍTIMA 714.848.484-70
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É HELIO JANDIEL DE MEDEIROS G SILVA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSE ANACILINO DE FARIAS
 Nº 223 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
 CIDADE VISTA SENNAIA UF PB CEP 58.710-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 999746322

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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333120/17

Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF: 714.848.484-70

Data do Acidente: 23/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/12/2017

Nome: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF: 714.848.484-70

Responsável pelo cadastramento na seguradora

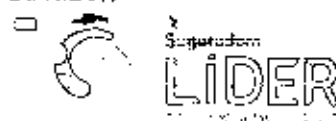
Data do cadastramento: 08/12/2017

Nome: Juliana Antunes Estigarribia

CPF: 079.808.657-23

HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

Juliana Antunes Estigarribia



Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Consultar

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170459905 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

BENEFICIÁRIO HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA

CPF/CNPJ: 71484848470

Posição em 24-11-2017 10:20:38

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Tecado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

- Como Pagar (/Pages/Pague-seguro.aspx)
- Consulta a Pagamento Efetuado (/Pages/Consulta-a-Pagamento-Efetuada.aspx)
- Informações Sobre o Seguro (/Pages/Informacoes-Sobre-o-Seguro.aspx)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170469905 **Cidade:** Malta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELIO JARDEL DE MEDEIROS E SILVA **Data do acidente:** 23/09/2016 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta distal do fêmur esquerdo
Fratura do 5º metacarpo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhar à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: