

**Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190510383**

**Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NAILSON CORDEIRO DA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **NAILSON CORDEIRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000000735**

Conta: **0000017384-1**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190510383**

**Vítima: NAILSON CORDEIRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 16/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NAILSON CORDEIRO DA 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 038 011 504-29 Nome completo da vítima: Nailson Cordovoz da Silva

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

Nome completo: Nailson Cordovoz da Silva CPF: 038 011 504-29

Profissão: Reuso Endereço: Condição de Gaiomun Número: SIN Complemento: Casa

Bairro: Poratiba Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58062304

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 5318408-5728

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0735 CONTA: 47384 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: João Pessoa 10-04-19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (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, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



**CAIXA**

POUPANÇA

4392 6717 8876 5911

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

0735 013 00017384-1 10/24

**VISA**

Electron

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 038 011 504-29 Nome completo da vítima: Nailson Cordovao da Silva

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

Nome completo: Nailson Cordovao da Silva CPF: 038 011 504-29

Profissão: Recusado Endereço: Condição de Trabalho: Casa Número: SIN Complemento: Casa

Bairro: Poratiba Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 52062304

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): 53 318308-5728

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0735 CONTA: 47384 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: João Pessoa 10-04-19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Representante Legal (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, A SEU RDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



# 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: 13/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00735

CONTA: 000000017384-1

---

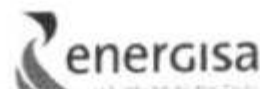
Nr. da Autenticação B05157056D3E158E

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Assinatura para simples pagamento de conta fiscalizada de energia elétrica Nº 030.365.879



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 15.215.823-8

## DADOS DO CLIENTE

GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE  
RUA CARANGUEIJO GOIAMUN S/N Q 651 L 270  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1205207-2

## REFERÊNCIA

AGO/2019

## APRESENTAÇÃO

29/08/2019

## CONSUMO

117

## VENCIMENTO

05/09/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 80,33

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 00356.129171 4 80030000008033

Paçador: GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE CNPJ/CPF: 273.212.404-44

RUA CARANGUEIJO GOIAMUN S/N Q 651 L 270 - PARATIBE - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000356129	000000000201908	05/09/2019	R\$ 80,33	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Helio Cordeiro da Silva

RG nº 5641.015 2ª VIA, data de expedição 24/02/2012

Órgão SSDS, portador do CPF nº 739.552.804-20

com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV- ALMIRANTE BARROSO, Centro, nº 600

complemento VILA EMPRESARIAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

NAILSON CORDEIRO DA SILVA, cujo o condutor era

Nailson Cordeiro da Silva.

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/PG 150 TITAN 150 Ano: 2015

Placa: QFN 0159 Chassi: 9B2KE1650FR214168

Data do Acidente: 16/05/19

Local e Data: João Pessoa - PB 02/07/2019

CARTÓRIO  
CARLOS ULYSSES

Helio Cordeiro da Silva.  
Assinatura do Declarante

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

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
02 SET. 2019  
PROTOCOLADO  
AO JOÃO PESSOA

CARLOS ULYSSES  
SERVIÇO NOTARIAL DO 1º OFÍCIO DE NOTAS  
REGISTRAL MONTADO NA 2ª VIA  
Av. Epitácio Pessoa, 105 - Centro - João Pessoa - PB - CEP 53000-000  
Fone: (83) 3222-3280 - TITULAR: Bel. Walter Ulysses de Carvalho  
Reconheço por Autenticidade a firma de HELIO CORDEIRO DA SILVA conforme autógrafo arquivado 38943; Dou fé.  
João Pessoa-PB, 02/07/2019. Egidio Juvino Neto - Escrevente  
Selo: AIO56870-LDOA, consulte em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	NAILSON CORDEIRO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	06/01/79
NOME DA MÃE	ANTONIA BERNARDO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	115.799
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.163.012
DATA DO ATENDIMENTO	16/05/19
HORA DO ATENDIMENTO	07:08
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE EXTREMIDADE PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO
CID 10	S42.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade em região do ombro direito. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de fratura em 1/3 superior do úmero direito, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação. Operado e evoluiu sem intercorrências.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito  
RX de bacia  
RX de torax  
RX de braço direito  
RX de antebraço direito  
RX de mão esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de extremidade proximal de úmero direito

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de extremidade superior de úmero direito.

ALTA HOSPITALAR:	15/06/19
DATA DA EMISSÃO:	02/08/12

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

19

CID-10

Código	Descrição
M75.8	Outras lesões do ombro


**Conduta**

Internar Paciente

\_\_\_\_\_  
NAILSON CORDEIRO DA SILVA\_\_\_\_\_  
JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
(CRM: 185222/SP)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 16/05/2019 07:10:00

11



Dr. Jose Rogaciano  
Médico  
CRM-PI 9215  
CRM-SP 185222



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAIBA

## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NAILSON CORDEIRO DA SILVA	1163012	16/05/2019 07:08:44	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
06/01/1979	40a 4m 10d	Masculino	(83) 986643706
Mãe		CNS	Prontuário
ANTONIA BERNARDO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS, SN - AP 202	VALENTINA DE FIGUEIREDO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES	3359/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
16/05/2019 07:22:27		16/05/2019 08:01:16	

## Anamnese

IENTE SOFREU ACIDENTE COM MOTOCICLETA REFERINDO DOR NO OMBRO D, PERNA D E MÃO ESQUERDA. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EGR. PNFCO. CORADO, GLASGOW 15 ACV E AR: ABDOMEN: NDN EXTREMIDADES: VIDE HDA

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Tratamismo não especificado

## Conduta

Em observação

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(3359/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 16/05/2019 07:10:00

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NAILSON CORDEIRO DA SILVA	1163012	16/05/2019 07:08:44	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
06/01/1979	40a 4m 10d	Masculino	(83) 986643706
Mãe		CNS	Prontuário
ANTONIA BERNARDO DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
RAFAEL ANTÔNIO DOS SANTOS, SN - AP 202	VALENTINA DE FIGUEIREDO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO	185222/SP
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
16/05/2019 07:22:27		16/05/2019 09:04:44	

## Anamnese

TOPEDIA DOR NO OMBRO DIREITO E MAO ESQUERDA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 06 HORAS DA MANHA AINDA APRESENTA  
ESCORIAÇÕES NAS MESMAS ESTRUTURAS SUPRACITADAS NEGA OUTROS TRAUMAS NEGA OUTRAS QUEIXAS ADM PREJUDICADO  
NEUROVASCULAR PRESERVADO HPP:NDN NEGA ALERGIAS EXF: ESCORIAÇÕES NA COTOVELO DIREITO ESCORIAÇÕES MAO ESQUERDA EDEMA  
MAO DIREITA 2/4 AUSENCIA DE LACERAÇÕES IMPORTANTES RX: FRTAURA DE UMEMO DIREITO CDT: INTERNAÇÃO RX BACIA AP E TORAX PA  
STAFF DR REMO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT&lt;60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT&lt;60)

## CUIDADOS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV - CCGG

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

## EXAME LABORATORIAL

COAGULOGAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

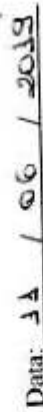
## PROCEDIMENTO

EMI - J

A LUVA (OBSERVAÇÕES: MAO ESQUERDA)

Dr. José Rogaciano  
Machado  
CRM-PB 9215  
R.M. SP 185222





Mr. Henry W. Ladd - American

[illegible][illegible]

DISPENSACÃO CME		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE
	cº Bráctea de Ombro	01
Orthoclip	Balça universal cdo longo n° 45mm	01
	Haste universal n° 30mm	
	CIMENTO ORTOFEDICO C-MAXX ETIQUETA DO PACIENTE	
	MATERIAL - COMPOSTO BARIABELOITE (B06436)	
	REF: 301 001 04020 AGRISA: B099C800001	
	FABRIC: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022	
	CENTE CHIEBI COIMMPO EXP FROD OPT LTDA	
	CNPJ: 31.734.201/0001-16	
	FOFONE: (19) 3507-2250	
	Rua de Xavier Barros nº 415 (União Remo Guianá)	01

DISPENSACÃO - FARMÁCIA		
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANT.
B. Braun	agulha de 16x0.50	03
Cimtec	Picocenta Ors	03

Assinatura Circulante Responsável: João Henrique dos Santos Júnior 563061

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA DEL MEDICO - CRM

F(NG).APC.013-2



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

11/06/2019

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

M.E.E.T.S.H.L

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

M.E.E.T.S.H.L

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Milson Loureiro da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

1163012

10 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

**17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)**

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - CIMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX  
ETIQUETA DO PACIENTE

20 - MATERIAL: COMPOSTO RAR/MM LOTE: 006435

REF: 101.001.04020 ANVISA: 80933380001

22 - FABRICAÇÃO: 02/04/2019 VALIDADE: 01/04/2022

QIMTECH IND. COM. IMP. EXP. PROD. ORT. LTDA  
CNPJ: 11.134.261/0001-10  
FONE: (19) 3697-2250

23 - VTERIOR

24 - JOANCA

(S) ESPECIAL

MODELO: HASTE UMERAL 10.0 MM

MODEL: HUMERAL STEM 0 10 MM

REG: 2010-10-886 CONTEUDO: UN LOT: 17081110

REGISTRO ANVISA Nº: 10171110027 LGE: 2538

COMPOSIÇÃO: AÇO INOX

COMPOSITION: STAINLESS STEEL

10.0 MM

10.0 MM

7899315506383

02/2018

Data de Fabricação

Date of Manufacture

02/2021

Validade

Use By

Produção de

Use Only

Once

NOME TÉCNICO: PROTESE DE OMBRO

TECHNICAL TERM: SHOULDER PROSTHESIS

NOME COMERCIAL: PROTESE PARA ARTROPLASTIA DE OMBRO

TRADE NAME: PROSTHESIS FOR SHOULDER ARTHROPLASTY

STERILIZED

Aut. Func.

ANVISA/MS

Nº: X353Y38XV65Y

EC REP: RISS GREN

SCHIFFGRABER 41

38175 HANNOVER, GERMANY

MODELO: CABECA UMERAL - Ø 45 MM

MODEL: HUMERAL HEAD - Ø 45 MM

REG: 2011-45-886 CONTEUDO: UN LOT: 8050348

REGISTRO ANVISA Nº: 10171110027 LGE: 2575

COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138

COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138

Ø 45 MM

Ø 45 MM

7899315507795

02/2018

Data de Fabricação

Date of Manufacture

02/2021

Validade

Use By

Produção de

Use Only

Once

NOME TÉCNICO: PROTESE DE OMBRO

TECHNICAL TERM: SHOULDER PROSTHESIS

NOME COMERCIAL: PROTESE PARA ARTROPLASTIA DE OMBRO

TRADE NAME: PROSTHESIS FOR SHOULDER ARTHROPLASTY

STERILIZED

Aut. Func.

ANVISA/MS

Nº: X353Y38XV65Y

EC REP: RISS GREN

SCHIFFGRABER 41

38175 HANNOVER, GERMANY

DIÁRIA DE UTI TIPO II

DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - QTD

34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - QTD

**ex\* Prótese de Ombro (Arthrolife) 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

01- Cabeça Umeral Cabo longo N: 45mm } Arthrolife

02- Haste Umeral N: 30mm

03- Cimento Osseo (Limtech)

04- Fio de Kirschner N: 1.5 (usado como guia)

05- Agulha de Ponto A-50

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF

**AUTORIZAÇÃO**

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: **NAILSON CORDEIRO DA SILVA** BE/PRONTUÁRIO: **1163012**  
IDADE: **75** SEXO: ☐ MASC ☒ FEM COR: DATA: **11/6/2019**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:  
CIRURGIA: **ARTROPLASTIA PARCIL DE UERO PROXIMAL DIREITO**  
CIRURGIÃO: **DR JOAO HENRIQUE** 1º ASS: **DR ORLANDO**  
2º ASS: **MR2 DANIEL** 3º ASS: **MR1 JANSEN**  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO B** HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA COMINUIDA DE UERO PROXIMAL DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>ARTROPLASTIA PARCIAL DE UERO PROXIMAL DIREITO</b>	
<b>COM HASTE N10, CABEÇA NUMERO 45</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

~~Médico~~  
~~Dr. Jansen Henriques~~  
~~CRM/RS 11385~~

DATA:

**11/6/2019**







# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/06/19

PRONTUÁRIO: 1163012

PACIENTE: NELSON CARNEIRO DA SILVA

SEXO: M

COR:

IDADE: 40

PRESSÃO ARTERIAL 120 x 90

PULSO 80

RESPIRAÇÃO

TEMPERATURA

PESO

GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

RISCO CIRÚRGICO BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES UPM

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICO

AP. CIRCULATÓRIO ESTÁVEL

AP. DIGESTIVO JEJUN

ESTADO MENTAL LOTE

DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO

DOSE/HORA

0

ESTADO FÍSICO (ASA)

I

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO

CIRURGIA REALIZADA TIO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL (S)

CIRURGIÃO DR. JOÃO MONTEIRO

AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 12:00

TÉRMINO DA ANESTESIA 15:15

DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

QUANT. DE CH.

VALORES RS

ANESTESISTA DR. AMANDA + DR. LISSANDRA (RZ)

CRM-PB

AGENTES/HORA 12:00 13:00 14:00 15:00

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

QUANTIDADE DE SANGUE 100ml 100ml 100ml

ANESTESIA GERAL ☐ RADIOLÓGICA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. FLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TECNICA DE BLOQUEIO DE RENO BRACHIAL (VIA INTERESCALÉNICA) -> ACT D.D.H., MEMBRIZANO, VANDOLISSE PRÉVIA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. MIAZOLAM 5mg + 3mg 11

2. FENTANIL 100µg + 10µg 12

3. MORFINA CIV 0.5% - 20ml 13

4. LIDOCAÍNA CIV 2% - 20ml 14

5. ÁGUA DESTILADA 20L 15

6. CEFOTRÍAXIM 2g 16

7. DEXAMETASONA 10mg 17

8. DILPÍRINA 2g 18

9. ANTIEMÉTICO 8mg 19

10. 20

11. 20

12. 20

DESTINO DO PACIENTE

APTA ☐ ENFERMARIA ☐

UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐

OUTROS ☒ VERA

RESERVAÇÕES IMPORTANTES

MSE, CATETER NASAL, ASSEPSIA E ANTISSEPSIA EM ALCOOL 70%, PUNÇÃO PEGÃO CIRCULAR DIREITA

EM AGUHA DE RENO ASD + NARCOESTIMULADOR, ESTÍMULO MEMOR A 0.5 mA, AUTOMATO (3) +

(4) + (5). BLOQUEIO EFETIVO.

Assinatura de Dra. Amanda V. Andrade  
CRM-PB 18-092  
Anestesiologista

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<b>PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA</b>
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>
Incisão:
<b>VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL</b>
<b>AVULSÃO E DISSECÇÃO POR PLANOS</b>
<b>CUIDADOS DE HEMOSTASIA</b>
Achados:
<b>FRATURA COMINUIDA DE UMEROS PROXIMAL DIREITO</b>
Condução:
<b>CALOCCLASIA + RETIRADA DE FIBROSES</b>
<b>OSTEOTOMIA DE GRANDE E PEQUENAS TUBEROSIDADES</b>
<b>PREPARO DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR EM GRANDE E PEQUENA TUBEROSIDADES</b>
<b>PREPARO DE CANAL UMERAL</b>
<b>FRESAGEM SE CANAL UMERAL</b>
<b>LAVAGEM DE CANAL UMERAL COM SF0,9%</b>
<b>APOSIÇÃO DE COMPONENTE UMERAL COM CIMENTO OSSEO, HASTE NUMERO 10, CABEÇA45</b>
<b>RAFIA E REPARO DE MANGUITO ROTADOR, EM GRANDE TUBEROSIDADE, PEQUENA TUBEROSIDADE E HASTE UMERAL</b>
<b>LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%</b>
Fechamento:
<b>SUTURA POR PLANOS</b>
<b>CURATIVOS ESTEREIS</b>
<b>RX DE CONTROLE</b>
Observação:
<b>HEMI J</b>

Médico/CRM:

Médico  
Dr. Jansen Henriques  
1685

João Pessoa,

11/6/2019



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	2.414.876	-2 VI	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/1997
NOME	NAILSON CORDEIRO DA SILVA		
FILIAÇÃO	EDUARDO CORDEIRO DA SILVA ANTONIA BERNARDO DA SILVA		
NATURALIDADE	BAIA DA TRAIÇÃO-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/01/1979	
DOC ORIGEM	NASC.N.1387 FLS.171 LIV.3-A CARTORIO DE MATARACA		
CPF	038.011.504-29	ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 25/08/83			

COMPREV  
COMPREV  
COMPREV SEGURANÇA E PREVIDÊNCIA S/A  
02 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN0159

[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: QFN0159  
 Combustível: ALCO/GASOL  
 Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 Ano de Fabricação: 2015  
 Ano Modelo: 2015  
 Categoria: PARTICULAR  
 Cor Predominante: VERMELHA  
 Vencimento Licenciamento: 29/11/2019  
 Observação:  
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA  
 Financeira: #####  
 Município: JOAO PESSOA  
 Situação: EM CIRCULACAO  
 Data da Consulta: 29/08/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VR	COO. RENOVAM	RTS	EXERCÍCIO
			2019
NOME / ENDEREÇO			
*****			
OFFIC		PLACA	
		QFN0159	
PLACA ANT / AN		CLASS	
ESPÉCIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN		2015	2015
ESD		COR PREDOMINANTE	
CAP/ROT/ALC		CATEGORIA	
		PARTICULAR, VERMELHA	
I P V A	COTA UNICA	1º	
	PAGAR LICEN	2º	
		3º	
PREMIO LICENCIACAO		PREMIO TOTAL R\$	
29/11/2019		DATA DE PAGAMENTO	
SEGURO OBRIGATORIO			
OBSERVAÇÕES			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
LOCAL		DATA	
JOAO PESSOA		29/08/2019	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			

COMPREV  
 COMPREV SECURDS E PREVIDENCIA S/A  
 02 SET. 2019  
 PROTOCOLO  
 DA JOAO PESSOA



**- IDENTIFICAÇÃO**

**VÍTIMA** Neufre Condine da Silva

**DATA DO ACIDENTE** \_\_\_\_\_ **CPF DA VÍTIMA** \_\_\_\_\_

**- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

**QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR** ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÂMETRO COM

**A VÍTIMA É** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO DO PORTADOR** \_\_\_\_\_

**Nº** \_\_\_\_\_ **COMPLEMENTO** \_\_\_\_\_ **BAIRRO** \_\_\_\_\_

**CIDADE** \_\_\_\_\_ **UF** \_\_\_\_\_ **CEP** \_\_\_\_\_

**E-MAIL** \_\_\_\_\_ **TELEFONE** ( ) \_\_\_\_\_

**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 CONFERMEM 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 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO 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 CONFERMEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

• 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 O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

**DATA** \_\_\_\_\_

**DATA** \_\_\_\_\_

**IDENTIDADE** \_\_\_\_\_

**NOME** \_\_\_\_\_

**ASSINATURA** Neufre Condine da Silva

**ASSINATURA** \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190510383 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NAILSON CORDEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 10/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOTOMIA E OSTEOSÍNTESE, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

**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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190510383 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NAILSON CORDEIRO DA SILVA **Data do acidente:** 16/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 09/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE OSTEOTOMIA E OSTEOSÍNTESE, ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 07 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 //

**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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0302136/19

**Vítima:** NAILSON CORDEIRO DA SILVA

**CPF:** 038.011.504-29

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 16/05/2019

**Titular do CPF:** NAILSON CORDEIRO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**NAILSON CORDEIRO DA SILVA : 038.011.504-29**

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](http://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: 02/09/2019  
Nome: NAILSON CORDEIRO DA SILVA  
CPF: 038.011.504-29

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/09/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS