

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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:

Naílson Corderio da Silva

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

Nome completo:

Naílson Corderio da Silva

Profissão:

Recurso

Endereço:

Cananéia Gionomun

CPF:

038 011 504-29

Bairro:

Poratiba

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

52062304

E-mail:

Tel. (DDD):

(53) 8708-5728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO 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:

17384

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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

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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: _____
Nome: _____
CPF: _____

Local e Data:

Nome:

CPF:

João Pessoa 10-04-19

(* Assinatura de quem assina A RÔGO

Naílson Corderio da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPRA SEU PROTOCOLO

Assinatura 02 SET. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

COMPRA SEU PROTOCOLO

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 RÔGO, 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.



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:

Naílson Corderio da Silva

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

Nome completo:

Naílson Corderio da Silva

Profissão:

Recurso

Endereço:

Cananéia Gionomun

CPF:

038 011 504-29

Bairro:

Porotibó

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

52062304

E-mail:

Tel. (DDD):

(53) 8708-5728

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00

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\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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: 17384

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPRA SEU PROTOCOLO

Assinatura 02 SET. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

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 RÔGO, 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

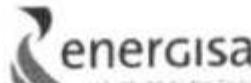
Nr. da Autenticação B05157056D3E158E

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundaria via de conta

Reservar para sempre para termos da nota fiscal contra da energia infaria N° 030.366.879



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 08.085.143 / 3801-46 - Inf. Ext. 16.815.823-8

DADOS DO CLIENTE

GERALDO DE ARAUJO CAVALCANTE
RUA CARANGUEJO GOIAMUN S/N Q 651 L 270
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1205207-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	29/08/2019	117	05/09/2019	R\$ 80,33

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.000009 03150.244006 00356.129171 4 80030000008033

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

RUA CARANGUEJO 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



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 1641.015.20.014, data de expedição 24/02/2012

Órgão 5505, portador do CPF nº 739.552.804-20

com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, 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

Naílson Cordeiro da Silva, cujo o condutor era Naílson Cordeiro da Silva.

Veículo: Moto Modelo: Hornet 150/150i/150i ABS Ano: 2015

Placa: 2 FN 0159 Chassi: 9E2KE1650FR214168

Data do Acidente: 16/05/19

Local e Data:

João Pessoa - PB 02/07/2019

**CARTÓRIO
CARLOS ULYSSES**

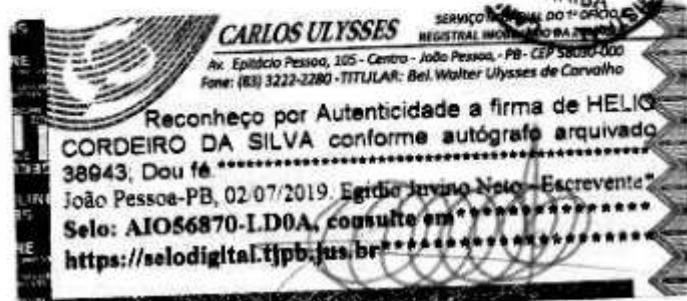
Assinatura do Declarante

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVENÇÃO S/A

02 SET. 2019

PRÓTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA





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

19

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

Código	Descrição
M75.8	Outras lesões do ombro

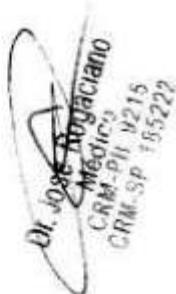
Conduta

Internar Paciente

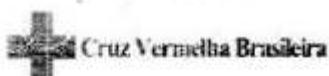
NAILSON CORDEIRO DA SILVA

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
(CRM: 185222/SP)

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



Dr. Jose Rogaciano
Machado Couto
CRM-SP 185222
CRM-SP 185222



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	CNS	Telefone de Contato
06/01/1979	40a 4m 10d		(83) 986643706
Mãe			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
VEÍCULO 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

paciente sofreu acidente com motocicleta referindo dor no ombro d, perna d e mão esquerda. nega outras queixas. egr. pnfico. corado. glasgow 15 acv e ar. abdomen: ndn extremidades: vde hda

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

5PE:236.722.854-04
CRM 3359
WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(3359/PB)

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			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 ORLAÇÕES 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 EDENA MAO DIREITA 2-4 AUSÊNCIA DE LACERAÇÕES IMPORTANTES RX: FRATURA DE UMERO 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

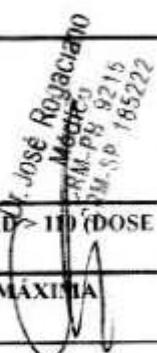
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

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 > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

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


 José Rogaciano
 Machado Couto
 CRM-PB 9215
 SP 185222

CUIDADOS

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

SSVV - CCGG

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO

PROCEDIMENTO

EMI - J

A LUTA (OBSERVAÇÕES: MAO ESQUERDA)



MITSUBISHI

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**

Prontuário: AAA 4230Data: 31 / 06 / 2019

Número: _____

Paciente: Novalton Cardoso do NascimentoProcedimento: Artroplastia Facial de OmbroSUS: () Não SUS: ()Médico: Dr. Jeferson NascimentoData: / /

Caixa Pronta: _____

Reposição: _____

DISPENSAÇÃO CME		QUANTIT	FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO
01				<u>ex: Brésteria de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Unilateral</u>
01				<u>CIMENTO ORTOPÉDICO C-MAXX</u>
01				<u>Etiqueta do Paciente</u>
01				<u>MAFFETAL (CIMENTO) STO BARTHEL (1000g)</u>
01				<u>REF: 2310-10-009</u>
01				<u>REGISTRO ANVISA: 1000CEB0001</u>
01				<u>COMPOSIÇÃO: Aço Inox</u>
01				<u>VALIDADE: 01/10/2019</u>
01				<u>CIMENTO ORTOPÉDICO EXP. FIBRO (1KG)</u>
01				<u>REF: 110-134-261/0001-10</u>
01				<u>FORNECEDOR: 110-3697-02560</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01				<u>Brásteria Facial de Ombro</u>
01	</			

CROZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



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 UMERO 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 BIFORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA COMINUIDA DE UMERO PROXIMAL DIREITO</u>	

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

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição: _____

BÍOPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

 ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

Médico
 Dr. Jansen Henriques
 CRM/RS 11385

DATA: 11/6/2019



RELATÓRIO DE CIRURGIA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

SBOT

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

Incisão:

VIA DE ACESSO DELTO PEITORAL

AVULSAO E DISSECÇÃO POR PLANOS

CUIDADOS DE HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA COMINUIDA DE UMERO PROXIMAL DIREITO

Conduta: **CALOCLASIA + RETIRADA DE FIBROSES**

OSTEOTOMIA DE GRANDE E PEQUENAS TUBEROSIDADES

PREPARO DE REPARO DE MANGUITO ROTADOR EM GRANDE E PEQUENA TUBEROSIDADES

PREPARO DE CANAL UMERAL

FRESAGEM SE CANAL UMERAL

LAVAGEM DE CANAL UMERAL COM SF0,9%

APOSIÇÃO DE COMPONENTE UMERAL COM CIMENTO OSSEO, HASTE NUMERO 10,

CABEÇA45

RAFIA E REPARO DE MANGUITO ROTADOR, EM GRANDE TUBEROSIDADE, PEQUENA TUBEROSIDADE E HASTE UMERAL

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

HEMI J

Médico/CRM:

Médico
Dr. Jansen Henrique
CRM-PB 1835

João Pessoa,

11/6/2019



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.414.876	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/1997
NAME	NAILSON CORDEIRO DA SILVA	
FILIAÇÃO	EDUARDO CORDEIRO DA SILVA ANTONIA BERNARDO DA SILVA	
NATURALIDADE	BAÍA DA TRAIÇAO-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/01/1979
DOC ORIGEM	NASC.N.1387 FLS.171 LIV.3-A CARTÓRIO DE MATARACA	
CPF	038.011.504-29	
Assinatura do Diretor		
LEI N° 7.116 DE 25/08/83		



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VLR. COD. REFERENCIAL P.L.S. EXERCÍCIO
2019

NAME / ENDERECO

CHASSI / PLACA
PLACA: QFN0159

ESPECIE / TIPO: PASSA / MOTOCICLETA
MARCAS / MODELO: HONDA/CG 150 TITAN
ESD

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL
ANO FAB. ANO MOD: 2015 2015
COR PREDOMINANTE: PARTICULAR, VERMELHA

DATA DE FABRICAÇÃO: 29/11/2019

PRÉMIO LIQUIDADO: PREMIO TOTAL R\$1.000,00 DATA DE PAGAMENTO: 29/11/2019

SEGURADO CERTIFICADO

OBSERVAÇÕES:
ALIENACAO FIDUCIARIA

JOAO PESSOA 29/08/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

QFN0159

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: *****

Placa: QFN0159

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA

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

RECEBIDO EM 3 DE SET. 2019
COMPROV. SEGURO E DOCUMENTOS AS
02 SET. 2019
PROTÓCOLO
DA JOÃO PESSOA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



Seguradora Lider - DPVAT

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Naelyne Condino da Silva

DATA DO ACIDENTE _____

CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTE ESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

UF _____ CEP _____

BAIRRO _____

E-MAIL _____

MARQUE () PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE

TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() 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 VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MORTE = R\$ 15.500,00

* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00. 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 FORMULARIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGU

GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

ASSINATURA _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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

Valorização 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

Valorização 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/05/2019

Titular do CPF: NAILSON CORDEIRO DA SILVA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NAILSON CORDEIRO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS