
Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658138

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658138

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000002191-1

Conta: 000010002182-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0415330/89 3 - CPF da vítima: 143.192.454-74 4 - Nome completo da vítima: Francilene Brazilio dos Santos

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

5 - Nome completo: Francilene Brazilio dos Santos 6 - CPF: 143.192.454-74
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Ponta de Pedra 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Arce Rurre 12 - Cidade: Loga de dentro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58250-000
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): -

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: -
AGÊNCIA: 2191 (1) CONTA: 2182 (2) AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) -
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) -
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) -
38 - 1ª | Nome: - CPF: - Assinatura da testemunha -
39 - 2ª | Nome: - CPF: - Assinatura da testemunha -

40 - Local e Data, João Pessoa PB 26-11-2019
Francilene Brazilio dos Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 646/2019



Aos 21 dias de novembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 11h:54min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS, conhecido por , RG nº 4.437.879-SSP/PB, CPF nº 143.192.454-74, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Joacil Batista dos Santos e Sonia Basilio dos Santos, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 12/01/2000, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Canto de Pedra, S/Nº, nº , bairro: - Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: px. a GORETE, fone(s) para contato: (83) 99120-7088.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 4 de agosto de 2019;
- 3) HORÁRIO: 1h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro Sítio Feijões-Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo: 1999/2000, cor vermelha, NIV: 9C2JC2500YR004526, placa: MNH-6167/PB, licenciada em nome de MARIA JOSÉ DOS SANTOS OLIVEIRA

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando a corrente do veículo se soltou, o que fez a notificante perder o controle e cair na pista; QUE em seguida foi socorrida para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Francilene Basilio dos Santos
FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS
Comunicante

Kennedy de Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0415330/89 3 - CPF da vítima: 143.192.454-74 4 - Nome completo da vítima: Francilene Brazilio dos Santos

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

5 - Nome completo: Francilene Brazilio dos Santos 6 - CPF: 143.192.454-74
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Ponta de Pedra 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: Lagoa de Dentro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58250-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2182 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou representante legal não autografado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 26-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Francilene Brazilio dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002182-4

Nr. da Autenticação C060108672260EA9

ENERGISA

Assessoria e Consultoria 0800 083 0196

Conta referente a: Aquecimento
Nov / 2018 74/11/2018
Data prevista de vencimento: 10/02/2019
CPI CNPJ/RM: 145 125 25-74
6/1455834-4

Unidade Consumidora:

Sigla do Estado:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1181217

PACIENTE: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 12.01.00

Data e Hora do Atendimento: 04.08.19

Horário: 4:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com quadro de dor na região do ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Geraldo Camilo Neto CRM 8089, Dr. Jansen Henriques CRM11.385.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

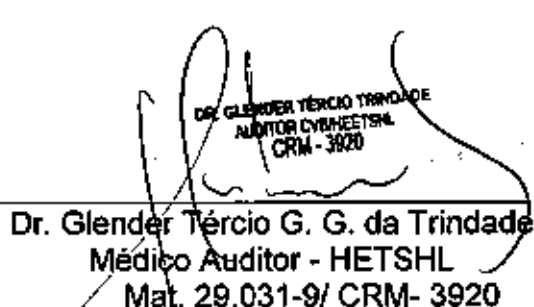
CID 10 T 07

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da Omoplata AP e Perfil, Rx da Clavícula e tratamento clínico conservador com imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR: Em 04.08.19 às 9:29h.

Data da Emissão: 21.10.19


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

26.08



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1181217



Identificação do paciente			
ID 1428837	Nome FRANCLENE BASILIO DOS SANTOS		Sexo Feminino
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19 anos 6 meses 23 dias	Estado civil	Religião
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS	Pai JOACIL BATISTA DOS SANTOS		Promotor
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JAQUELINE BATISTA DOS SANTOS - TIO (A)		
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4437879	Nº Cns	
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro CAMPO DE PEDRA
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 04/08/2019 04:46:15	Número da pulseira 100007275585	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos <i>Última de queda de moto, após dar em ombro esquerdo, envolto pelo gnr e mesmo gnr que o 1º atendimento e para o ortopedista</i>			
Diagnóstico <i>Edson Lima de Freitas CONEX PROCTIVA S.A.S</i>			CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO			Tempo 64seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa 2019-08-04 09:29:50.0
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 6m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SOMIA BASILIO DOS SANTOS			Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 09:29:52	

ANAMNESE

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EF. DOR À PALPAÇÃO COM LIMITAÇÃO DA ADM EM OMBRO ESQUERDO. CD. RX. AVAL ORTOPEDIA.
(04/08/2019 04:46:03-GERALDO CAMILO NETO)

#ortopedia paciente vitima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr. adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda. cd: imobilização em 8 + rx de controle
(04/08/2019 07:51:39-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

#ortopedia paciente vitima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr. adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda. cd: imobilização em 8 alta hospitalar retorno no htop aines staff: dr. teofilo
(04/08/2019 09:29:52-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
JANSEN HENRIQUES CEZARINO
Motivo da Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
04/08/2019 09:29:50
Observações:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM: 11385

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 6m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 04:56:05	

ANAMNESE

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EF. DOR À PALPAÇÃO COM LIMITAÇÃO DA ADM EM OMBRO ESQUERDO. CD. RX. AVAL ORTOPEDIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS


GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Dr. Geraldo Camilo Neto
Clínica do Aparelho Digestivo
CRM PB 8089

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/08/2019 04:47:09



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 5m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 07:51:39	

ANAMNESE

Historopédia paciente vítima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr, adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda . cd: imobilização em 8 + rx de controle

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

Conduta

Em observação

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM 11385/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/08/2019 04:47:09

PB Nº 012031302993 BILHETE DE SEGURO OPVAT

PB Nº 012031302993 BILHETE DE SEGURO OPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COMPRAS
www.spvstiequedetransito.com.br
SAC OPVAT 0800 022 1204

2015-03-11/2015

0074977342

1999

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.5
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

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 LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416330/19

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

CPF: 143.192.454-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS : 143.192.454-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS
CPF: 143.192.454-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA