

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688276 Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

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, 28 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000007922**

Conta: **0000015289-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data do Acidente: 09/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 24/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
114.203.724-08 WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

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

5 - Nome completo: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES. 6 - CPF: 114.203.724-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO CORUQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: ARCOVERDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99996-7907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES.
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-49 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (consulte para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7922 CONTA: 15289 2

(informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 5.254/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 rociário/funeral? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 217 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ARCOVERDE 04 DE SETEMBRO DE 2011

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
 114.203.724-08 WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:
 WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES. 114.203.724-08
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 RECUSO SITIO CORUQUEIRO 49 F
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:
 ZONA RURAL ARCOVERDE PE 56.506-970
 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):
 8099996-7907

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:
 MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES. 775.059.054-49 RECUSO

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\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (consulte para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as opções)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7922 CONTA: 15289 2

(informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 5.254/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva 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 rociário/herdeiro? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 217 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: ARCOVERDE 04 DE SETEMBRO DE 2011

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 156ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARCOVERDE - DP156ªCIRC
DINTER/15ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA (COMPLETO)
Nº. 19E0246002930

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/10/2019 às 17:32

*** CONFIDENCIAL *** USO EXCLUSIVO PARA INVESTIGAÇÃO E/OU INQUÉRITO POLICIAL*

Ocorrência

Natureza: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)

Data: 8/10/2019 Hora: Tarde

Localização: NÃO INFORMADO

Endereço do fato: MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1, COMARCA DE SÃO GERALDO, ARCOVERDE, PERNAMBUCO, BRASIL

Local da foto: NÃO INFORMADO

Envolvidos

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (NOTIFICANTE)
WILTON RAFAEL SALES BRANCO (OUTRO)
ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA (VÍTIMA)
WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES (VÍTIMA)

Objetos

VEÍCULO: MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN (Usado na geração da ocorrência)
BRANCO - 156º modelo por: ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA

- Proprietário: WILTON RAFAEL SALES

Envolvidos

MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES (presente ao plantão) Sexo: FEMININO, Orientação Sexual: NÃO INFORMADO, Marital: NÃO INFORMADO, Mãe: MARIA ISOLDA DA SILVA ALMEIDA, Pai: JOÃO ANTONIO DE ALMEIDA, Nascimento: 8/12/1972, Nacionalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL, Estado Civil: CASADO(A), Escolaridade: 2ª, GRAU INCOMPLETO, Profissão: AGRICULTOR(A)

Características Físicas

Idade aparente: 47, Cor da pele: PARDIA

Possui ou Deficiência: SEM DEFICIÊNCIAS

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1; SÍTIO COQUEIRO ; 55000-000; CENTRO; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL.**

WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES (presente no plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Moradia Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES**; Pai: **WALDIR LINSINSERES CALADO SALES**; Nascimento: **26/11/2002**; Nascimento: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**; Profissão: **ESTUDANTE**; Telefone Celular: **+057993059284**

Características Físicas:
Idade aparente: **17**; Cor da pele: **BRANCA**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residência: **MUNICÍPIO DE ARCOVERDE, 1; SÍTIO COQUEIRO; 55000-000; CENTRO; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL.**

NÃO SE APLICA

Nome de Alinhado: **NÃO INFORMADO**; Nome do Representante: **Cargos do Representante:**; Pessoa de Contato: **Relatório do Contato:**

ANTHONY DOUGLAS BARBOSA SILVA (não presente no plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Moradia Afetivo-sexual: **HETEROSSEXUAL**; Mãe: **ANTONISIA CRISTALINE MATTAS BARBOSA SILVA**; Pai: **ANTONIO JOAQUIM DA SILVA NETO**; Nascimento: **28/12/2000**; Nascimento: **ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO INFORMADO**

Características Físicas:
Idade aparente: **20**; Cor da pele: **PARDA**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Endereço Residência: **AVENIDA PINTO DE CAMPOS, 1; PRÓXIMO A FUNERÁRIA; 0; SÃO MIGUEL; ARCOVERDE; PERNAMBUCO; BRASIL.**

WELTON RAFAEL SALES BRANCO (não presente no plantão) Sexo: **MASCULINO**; Orientação Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Moradia Afetivo-sexual: **NÃO INFORMADO**; Mãe: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO**; Nascimento: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**; Estado Civil: **NÃO INFORMADO**; Escolaridade: **NÃO INFORMADO**; Profissão: **NÃO INFORMADO**

Características Físicas:
Cor da pele: **PARDA**

Pessoa com Deficiência: **SEM DEFICIÊNCIAS**

Objetos

MOTOCICLETA HONDA CB 150 FAN (VEÍCULO)

Categoria/Modelo: **AUTOMÓVEL / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO**; Opção acessória: **NÃO**; Número de Série: **NÃO INFORMADO**; Cor: **CINZA**; Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**; Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDD 344 / PERNAMBUCO / ARCOVERDE**; Renavam: **118738481**; Chassi: **BCCKCZ200K18042010**; Ano Fabricação/Modelo: **2019 / 2019**; Combustível: **ALCOOLASCL**

Complemento

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES, PARA NOTICIAR ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO PELO SEU FILHO WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES, DE 16 ANOS DE IDADE. WALYSON INFORMOU QUE TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA PLACA PDD 344, CONDUZIDA PELA PESSOA DE ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA, QUANDO NAS MEDIAÇÕES DA COHAB II, O CONDUTOR FOI DESVIADO DE UM CASUÁRIO E CAÍDA DA MOTOCICLETA. O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORAÇÕES, MAS, A PESSOA DE WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES TEVE FRATURA DO PUNHO ESQUERDO, FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE

700.738.0330pamantaxo/Vinicius80@hotmail.com/29454030-80734083V-000-150024000030pamantaxo-casualty/acidente de trãns... 20

ARCOVERDE PELO PRÓPRIO CONDUTOR, ONDE TEVE OS PRIMEIROS SOCORROS, E DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

B.O. registrado pelo policial **FABIA MUNIZ CABRAL** - Matrícula: 288603-4

PERNAMBUCO / BRASIL, Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Endereço Residencial: AVENIDA PINTO DE CARVALHO, 1, PRÓXIMO A FUNERÁRIA - CEP: 0 - Bairro: SÃO MIGUEL - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL

WILTON RAFAEL SALES BRANCO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA HONDA CB 160 FAN (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): WILTON RAFAEL SALES BRANCO, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA

Categoria/Mercado: AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não
Cor: CINZA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PDB 244 (PERNAMBUCO/ARCOVERDE) Registro: 115738691 Chassi: SC2NC2250KRD42010
Ano Fabricação/Modelo: 2019/2019 Combustível: ALCOOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A SENHORA MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES, PARA NOTICIAR ACIDENTE DE TRANSITO SOFRIDO PELO SEU FILHO WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES, DE 15 ANOS DE IDADE. WALYSON INFORMOU QUE TRANSTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA PLACA PDB 2447, CONDUZIDA PELA PESSOA DE ANTONY DOUGLAS BARBOSA SILVA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DA COHAB II, O CONDUTOR FOI DESVIAR DE UM CACHORRO E CAIRAM DA MOTOCICLETA. O CONDUTOR TEVE APENAS ESCORDEÇAS, MAS, A PESSOA DE WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES TEVE FRATURA DO FUNHO ESQUERDO. FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE ARCOVERDE PELO PRÓPRIO CONDUTOR, ONDE TEVE OS PRIMEIROS SOCORROS, E DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO.

Assinatura do(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Maria da Conceição Almeida Sales
MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

(NOTICIANTE)

- Walysom Vinicius Almeida Sales

W.V.A.S. (Menor de Idade)

(VITIMA)

[Assinatura]
S.O. registrada por: SABIA NUNIZ CABRAL Matrícula: 208583-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
114.203.724-08 WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

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

5 - Nome completo: WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES. 6 - CPF: 114.203.724-08
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: SITIO CORUQUEIRO 9 - Número: 49 10 - Complemento: F
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: AROUVERDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.506-970
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 99996-7907

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

17 - Nome completo do Representante Legal: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES.
18 - CPF do Representante Legal: 775.059.054-49 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☐ CONTA POUQUANÇA (consulte para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: 7922 CONTA: 15289 2

(informar o dígito se existir)

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não 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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 5.254/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva

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 rociário/herdeiro? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 217 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a requisição

36 - CPF legível de quem assina a requisição

37 - (*) Assinatura de quem assina a requisição

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: AROUVERDE 04 DE SETEMBRO DE 2011

WALYSON VINÍCIUS ALMEIDA SALES

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

Maria da Conceição Almeida Sales
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 07922

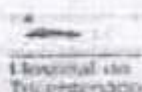
CONTA: 000000015289-2

Autenticação:

C18AFA9D37E6ED51E142E98DD9C972FCFF1D70FF060F04D5B4986176D64CFE24

124

121



FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: <u>Wolmar Vinícius Almeida Sales</u>		Ficha nº: <u>16646</u>
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>36</u>	Cor: <u>Parda</u>
Data de nascimento: <u>26/11/02</u>	Estado Civil: <u>—</u>	CPF: <u>714.203.724-08</u>
Profissão: <u>—</u>	Tel.: <u>—</u>	RG: <u>—</u>
Endereço: <u>Cidade Franklin Cascaes</u>	CEP: <u>56509-820</u>	
Bairro: <u>Serra Preta</u>	Município: <u>Recife</u>	Nº <u>ES</u>
Naturalidade: <u>Aracaju - PE</u>	CNS: <u>101800077455092</u>	
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: <u>M: <u>Ala Conceição Almeida Sales</u></u>	<u>W: <u>Wagner Luiz de Jesus Sales</u></u>	Tel: <u>991876261</u>
Acompanhante: <u>A. Jony</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>—</u>	
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombete () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Serão: <u>—</u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u>—</u>		Outros ()
PA: <u>110/70</u>	HGT: <u>—</u>	TEMP: <u>—</u>
FR: <u>—</u>	Peso: <u>—</u>	FC: <u>—</u>
Alérgico: <u>—</u>		
SATO2: <u>—</u>		
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>—</u>		
Uso de Medicamentos: <u>—</u>		
Situação/Queixa Principal: <u>Ref. muito de sono (MS)</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre	() Dificuldade de respirar	() Clínico Geral
() Vômitos	() Confusão Mental	() Cirurgião
() Fraqueza	() Distúrbios Visuais	() Ortopedista
() Fadiga	() Taquicardia	() Pediatra
() Cefaleia	() Parosmia e/ou parafasia	() Serviço Social
() Tontura	() Tosse	() Outros: <u>—</u>
() Convulsão	() Dor local	
() Dispneia	() Queixa urinária	
() Sangramento	() Outras Queixas: <u>—</u>	
CLASSIFICAÇÃO		
() Vermelho		
() Amarelo		
() Verde		
() Azul		
Assinatura do Enfermeiro: <u>—</u>		
Enfermeiro: <u>—</u>		
COORDENADOR: <u>—</u>		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
<u>Ref. muito de sono (MS)</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica: <u>Ref. muito de sono (MS)</u>		
3 - Exames Solicitados:		

Dr. Luiz Carlos Sales
Cirurgião Geral
CRM-PB 19263
Assinatura e identificação do Médico

[illegible]

**FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Nome: <u>Waldemar Vinícius Almeida Sá</u>		Ficha nº: <u>53</u>
Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>15 anos</u>	Data: <u>24/03/19</u>
Data de nascimento: <u>26/01/02</u>	Cor: <u>branco</u>	Hora: <u>9:05</u>
Profissão: <u>-</u>	Estado Civil: <u>-</u>	CPF: <u>-</u>
Endereço: <u>São Rogério</u>	Tel.: <u>95216 5667</u>	RG: <u>-</u>
Bairro: <u>ER</u>	Município: <u>Aracama</u>	CEP: <u>56 518 895</u>
Naturalidade: <u>Aracama - PE</u>	CNS: <u>309 8000 2745 5092</u>	Nº: <u>-</u>
Escolaridade: Analfabeto: () 1º Grau: () 2º Grau: () Superior: ()		
Filiação: <u>Mãe: Lúcia Almeida Sá</u>	Tel.: <u>-</u>	
<u>Waldemar Sândia Sá</u>	Resp. pelo preenchimento: <u>S. Lima</u>	
Acompanhante: <u>o pai</u>		
MEIO DE TRANSPORTE		ENCAMINHADO
Bombeiro () SAMU ()	Andando () Maca () Cadeira de rodas ()	Hospital ()
Ambulância () Auto ()	Senha: <u>-</u>	UPA () PSF ()
Moto () Outros: <u>-</u>		Outros ()
PA: <u>132/98</u>	HGT: <u>-</u>	TEMP: <u>-</u>
FR: <u>-</u>	Peso: <u>-</u>	FC: <u>-</u>
Alérgico: <u>ninguém</u>		SATO2: <u>-</u>
Antecedentes Pessoais/Familiares: <u>ninguém</u>		
Uso de Medicamentos: <u>-</u>		
Situação/Queixa Principal: <u>Trauma M5B</u>		
AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM / ACOLHIMENTO		ENCAMINHAMENTOS
() Febre () Dificuldade de Respirar	() Clínico Geral	() Vermelho
() Vômitos () Confusão Mental	() Cirurgião	() Amarelo
() Fraqueza () Distúrbios Visuais	() Ortopedista	() Verde
() Fadiga () Taquicardia	() Pediatra	() Azul
() Cefaleia () Parestesia e/ou paralisia	() Serviço Social	
() Tontura () Tosse	() Outros: <u>-</u>	
() Convulsão () Dor local		
() Desmaio () Queixa urinária		
() Sangramento () Outras Queixas: <u>-</u>		
CLASSIFICAÇÃO		
Assinatura do Enfermeiro: <u>Ferdinando Brito</u>		
CORRESPONDENTE		
DESCRIÇÃO / AVALIAÇÃO MÉDICA		
1 - Queixa Principal (QP) / Histórico da Doença (HDA):		
<u>Por ser portador de uma queda de moto de 15m de altura</u>		
2 - Hipótese Diagnóstica:		
<u>Trauma</u>		
3 - Exames Solicitados:		
<u>1x</u>		

Assinatura e Identificação do Médico

[illegible]



GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
 HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:
 14/09/19 11:00

MÉDICO SOLICITANTE:
 ARTHUR LUIZ CORREIA DE MEDEIROS

Nº SOLICITAÇÃO:
 821362

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
 WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Nº DO PRONTUÁRIO:

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
 70960077499097

DATA DE NASCIMENTO:
 28/11/2002

SEXO:
 MASCULINO

NOME DA ASS. DA RESPONSABILIDADE:
 MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES

TELEFONE DE CONTATO:
 87991185447

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
 COQUEIRO, 49

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
 ARCOVERDE

CDD. RUA ALAMEDA:
 2501201,00

UF:
 PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

DATA DE ENVIO:
 25/09/19 14:03

MEIO DE TRANSPORTE:
 AMBULÂNCIA

DESTINAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXCUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
 MARIA ANAIDE ZACCHE DE SA ABREU E LIMA

ESPECIALIDADE:

TIPO LITO:
 CIRÚRGICO

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

Espontânea

ESTABELECIMENTO:
 CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
 25/09/19 08:03

MÉDICO AUTORIZADOR:

Fratura 09/09/19 (20)
Pele Integra
Ficha 51

MT/2

Forma Comunicada

Interna
14/09/19
621362



FORMULÁRIO DE REGULAÇÃO DOS LEITOS DE TRAUMATOLOGIA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

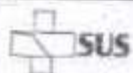
NOME: Valéria Vinícius Almeida Sales
NOME DOS GENITORES: 26/11/02
DATA DE NASCIMENTO: 26/11/02 RG: 11.089.900.
ENDEREÇO: St. Equino, St. R. de Ocaide
TELEFONE DE CONTATO: 9946.5447. mãe / 9988-7241 29p.
CARTÃO DO SUS: 405 3000 7745 5077

DADOS DO MÉDICO

NOME: _____ CRM: _____
QUADRO CLÍNICO DO PACIENTE
Exatidão, sem mais manifestações
EXAMES REALIZADOS PARA FINS DIAGNÓSTICO:
14/09/19
DIAGNÓSTICO: TRAUMA
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: LA PÁDO DE 200 (20)
TIPO DE LEITO: CIRÚRGICO (X) BUCO MAXILO ()

OBSERVAÇÃO: Caso o paciente esteja internado e agravar o quadro necessitará dos dados abaixo.

DADOS	VALORES
SATURACÃO	
FC	
FR	
T	
PA	
GLASGOW	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

172987

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 9 8 0 0 0 7 7 4 5 5 0 9 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

26 / 11 / 2002

9 - SEXO

Masculino [X] Feminino []

10 - RAÇA/COR

Parda [X]

11 - NOME DA MÃE

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 1 1 6 5 4 4 7

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO COQUEIRO, N49, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARCOVERDE

17 - COD. URG. MUNICIPAL

2601201

18 - UF

PE

19 - CEP

5 6 5 1 8 8 9 9

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS

Presença de dor no abdômen, náusea, vômito, febre, diarreia, perda de peso, fadiga, anemia, icterícia, hepatomegalia, splenomegalia, ascite, edema, hemorragias, etc.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

No pré-hospitalar e no pré-operatório

23 - QUANTIDADE SOCIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Presença de Ressonância

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040 0000 407

29 - CLÍNICA

30 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNES () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Dr. Alexandre

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/09/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SELHTE

41 - ZEPZ

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CNES ORGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNES/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNES

() CPF

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Pereira

26.09 a 27.09.19

XI GLEAS



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/09/2019		Atendimento: 0023611		Quarto/leito: 202 / 2	
Paciente: 00172987 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES					
Data Naso: 26/11/2002		Idade: 16 Anos		Sexo: Masculino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: ESTUDANTE		Naturalidade: ARCOVERDE	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: WALANO LINDIBERG CALADO SALES		Nome Mãe: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES	
Endereço: SÍTIO COQUEIRO, 49		- ZONA RURAL		- ARCOVERDE - PE	
Telefones: () / () / (87) 9116.5447					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Trânsito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:			
Endereço Acompanhante:				Telefone de Contato: ()	
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>doença pré-existente do S.E. deprimido de precitagem subtração do e supotécnica - fratura</i>					
MSE					
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura Fechada e</i>					
SADT: <i>Heuprotese TRAG, MMS, Elcos e Preservação</i>					
Diagnóstico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada ()		Descrição Médica ()			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Óbito + 48h ()		Evasão ()			
Óbito - 48h ()		Indisciplina ()			
Óbito em ____/____/____		Data do Internamento: ____/____/____			
Hora: ____		Data da Alta: ____/____/____			
		Local: ____			
		 Médico Responsável			

Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7361

CPF: 056.552.003-25



HOSPITAL SÃO VICENTE

Hospital São Vicente

Data Atend: 26/09/2019	Atendimento: 0023611	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00172987 - WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
Osteossíntese L3 distal + placa +		0408030407
Data: 26/09/19	Início:	Término
Cirurgião: E. J. J. J.		
1º Auxiliar:		
2º Auxiliar:		
Anestesista: J. J. J.		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:		
Del. percutânea Assespi M3F, secant fac. Vólv. R. R. R. + placa + Abordagem Voco percutânea, R. R. R. + osteossíntese usando O.S. Placa 3.5 3.5, 02 P. Esp. 4.0, 02 P. Cortical 3.5 Secant per. placa, R. R. R. Pericúto		
Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 050.552.050-28		
Assinatura do Cirurgião		

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR: HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE	DATA DE SOLICITAÇÃO: 14/09/19 11:00
MÉDICO SOLICITANTE: ARTHUR LUIZ CORREIA DE MEDEIROS	Nº SOLICITAÇÃO: 621382

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES	Nº DO PRONTUÁRIO:
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): T09800077455097	DATA DE NASCIMENTO: 26/11/2002
NOME DO PAI OU RESPONSÁVEL: MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES	SEXO: MASCULINO
ENDEREÇO: RUA N.º SÁBADO COQUEIRO, 49	TELEFONE DE CONTATO: 87901185447
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: ARCOVERDE	COD. DEB. MUNICÍPIO: 2601201.00
UF: PE	CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE SAÍDA: 25/09/19 14:03
DESCRIÇÃO:	
DESCRIÇÃO EXATAMENTE:	

Regulador

MÉDICO REGULADOR: MARIA ANAIDE ZACCHE DE SA ABREU E LIMA	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Tipo de Lesão: CIRÚRGICO	

Executante

ESTABELECIMENTO: CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 25/09/19 08:03
MÉDICO AUTORIZADOR:	

3190688276

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	09/09/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	09/09/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:			
Walyson Vicius Almeida Sales			
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Fratura de dedo distal E			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):			
Tratamento Cirúrgico de fratura de dedo distal E Ata 34/9/19			
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFETO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?		☐ SIM	☒ NÃO
Caso positivo descrever:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1ª	Mão direita apresenta rigidez articular com perda de movimentos internos e externos com perda de flexão supinação, apresenta insensibilidade. Consideração Viciosa F 5% Grave
2ª	
3ª	
4ª	
5ª	

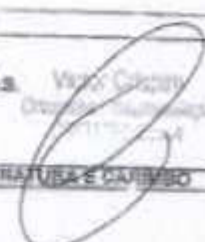
AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE		Dezembro	A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.			
LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO	
Ata 34/9/19	34/1/2020	 Vicius Almeida Sales Médico Cirurgião CRM 11770-SP	



Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%

Imagem: 100%
Tamanho: 100%
Zoom: 100%
100%



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 114.203.724-08

Nome: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

Data de Nascimento: 26/11/2002

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: 17/11/2011

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 11:08:11 do dia 09/12/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: AADD.904D.51BC.6714



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

02R-03



Maria Conceição Almeida Sales

CONTEÚDO IDENTIFICADORA

4.255.532 29/04/2013

<< MARIA DA CONCEIÇÃO ALMEIDA SALES >>

<< JOÃO ANTONIO DE ALMEIDA >>

<< MARIA ISOLDA DA SILVA ALMEIDA >>

VENTUROSA - PE 08/12/1972

<< CC.3661 L.B07 F.298 CART. ARCOVERDE-PE 04.05.1995 >>

775.089.054-49

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame vítima apresenta uma redução da amplitude de movimentos do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do rádio esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame vítima apresenta uma redução da amplitude de movimentos do punho esquerdo.

Resultados terapêuticos: Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/01/2020

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @1SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442108/19

Número do Sinistro: 3190688276

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

CPF: 114.203.724-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALYSON VINICIUS
ALMEIDA SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 13/12/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES
CPF: 775.059.054-49

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442108/19

Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES

CPF: 114.203.724-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/09/2019

Titular do CPF: WALYSON VINICIUS
ALMEIDA SALES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES : 775.059.054-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES : 114.203.724-08

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: 10/12/2019
Nome: MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES
CPF: 775.059.054-49

MARIA DA CONCEICAO ALMEIDA SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688276 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES **Data do acidente:** 09/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADO DO PUNHO 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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190688276**

Nome do(a) Examinado(a): **WALYSON VINICIUS ALMEIDA SALES**

Endereço do(a) Examinado(a): **SI COQUEIRO, 49 - Arcoverde - PE - CEP 56506-970**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MT** / **PE**] **4629398**

Data e local do acidente: [**09/09/2019**] **Arcoverde**

Data e local do exame: [**24/01/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura distal do rádio esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame vítima apresenta uma redução da amplitude de movimentos do punho esquerdo.

III. Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Submetido a osteossíntese com placa e parafusos, evoluindo sem complicações. Realizou fisioterapia e encontra-se com alta médica.

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[☒] Sim [☐] Não

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do punho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 17/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO PUNHO ESQUERDO EM GRAU MODERADO - CONDUTA MANTIDA.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE