

---

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2021

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210015379**

**Vítima: ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

**Data do Acidente: 19/07/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

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 ombros

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: **ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000011464964-7**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210015379

**Cidade:** Guarabira

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

**Data do acidente:** 19/07/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

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

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 30°, abdução aos 90°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER E USO DE TALA, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2021

**Conduta mantida:**

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 097.219.774-54 4 - Nome completo da vítima: Orislam Litor Alexandre Moreira

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

5 - Nome completo: Orislam Litor Alexandre Moreira 6 - CPF: 097.219.774-54  
7 - Profissão: Correio de Emergência 8 - Endereço: Rua Bráulio Martins 9 - Número: 166 10 - Complemento: Boxa  
11 - Bairro: Santa Terezinha 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.200-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 83-988542538

DADOS CADASTRAIS

**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: Santander

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: 0001 CONTA: 51464964 (7)  
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 (vai nascer)?  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.

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Guarabira - PB 11-01-2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Orislam Litor Alexandre Moreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_

43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 002/2020

Ocorrência nº. 496/2020

Aos **QUATRO** dias de DEZEMBRO de **DOIS MIL E VINTE** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOÃO AMARO GOMES FILHO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escritã(o) do seu cargo, FONE 3271-2971 -aí, por volta 09h:45 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

**NOME:** **ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**, conhecido(a) por VITOR, Identidade nº 3426521/SSP/PB, CPF 097.219.774-54, nacionalidade: brasileiro, estado civil: casado, corretor de moveis, filho(a) de José Oriosvaldo de Lima Moreira e de Eliene Alexandre de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 24/11/1992, do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Braulio Martins, nº 166- Bairro Santa Terezinha-Guarabira/PB. Fone de contato: -x-

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 Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) **Natureza do fato:** **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
- 2) **data do fato:** 19/07/2020
- 3) **Horário do fato:** 23:48hs aproximadamente
- 4) **Local do fato:** RUA GETULIO VARGAS-Guarabira /PB

**5) Breve resumo do fato:**


QUE informa o noticiante que no dia 19/07/2020 por volta das 23:48hs, estava pilotando uma moto HONDA CG 150 START de cor vermelha, placa QFV-0997/PB, ano 2015, chassi 9C2KC1670FR214606, RENAVAL 01099722257, em seu nome, fato ocorrido na Rua Getúlio Vargas centro desta cidade de Guarabira/PB, ocasião em que perdeu o controle da referida moto, vindo a cair ao solo, sendo ele noticiante socorrido pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado ao Hospital Regional desta cidade de Guarabira/PB, no dia seguinte transferido a POLICLINA HOSPITAL DIA TOP MAIS onde foi constatado fratura do Umero proximal DIR, conforme consta Prontuário Médico Hospitalar em anexo, que por este motivo registra a ocorrência e solicita certidão para os devidos fins.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

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

  
**ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

Comunicante

  
Rosileide Rodrigues da Silva  
Escrivã/agente  
Mat.127.554-2



JOSE ORIOSVALDO DE LIMA MOREIRA  
 RUA BRACILIO MARTINS, 166 - STA TEREZINHA  
 GUARABIRA/PB CEP: 58200000 (AG 22)

CPF/CNPJ/RANI: 874 527 104-44

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 Classe: RES-MTC/B1 / Subclasse: BAIXA RENDA  
 Ligação: MONOFÁSICO  
 Potência: 2 - 22 - 25 - 8700      Nº Medidor: 00001232437



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/49789-1

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000497891



VALOR DA FATURA

R\$ 299,07



VENCIMENTO

12/08/2020



REFERÊNCIA

Ago / 2020



CONSUMO

406 kWh

14,00 kWh  
 MÉDIA DIÁRIA  
 LEITURA  
 CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

Quant	Taxa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	Alíq PIS/Cofins (R\$)	PIS/Cofins 1,0845% (R\$)	Cofins (R\$)
0605	Consumo até 20 kWh - BR						
0605	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	30	0,271540	8,14			
0601	Consumo - 101 a 220 kWh - BR	70	0,466500	32,58	27	2,19	8,14
0601	Consumo acima de 220 kWh - BR	170	0,093240	83,79	27	8,80	32,58
0610	Subsídio	186	0,775820	144,30	27	22,62	83,79
0607	LIMPEZAS E SERVIÇOS			46,18	27	38,96	144,30
0607	CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA				27	12,47	46,18
0601	DONAZÃO HOSPITAL NAPOLEÃO LAUREANO (08/2020)			11,99			
0606	Devolução Subsídio			3,00	0	0,00	0,00
				30,91	0	0,00	0,00



VISTO EM: 23/07/2020

Moisés Ferreira da Silva Filho  
Mat. 522.875-2  
Comandante 3ºBBM


**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA  
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR  
3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR**

Guarabira-PB, 23 de julho de 2020.

**CERTIDÃO N.º. 026/2020**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia **19/07/2020**, conforme requerimento **036/2020**, solicitado pelo Sr. (a) **José Oriosvaldo de Lima Moreira**, consta que foi socorrido por volta das **23h48min** o Sr. **ORISLAM VITOR ALEXANDRE MOREIRA**, RG nº34265212 **SSP/PB**, vítima de acidente **QUEDA DE MOTO**, na **RUA GETÚLIO VARGAS S/N (ALTURA DA LOJA DO AÇAÍ), CENTRO, GUARABIRA/PB**. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-53**, tendo como Chefe o **2º SGT BM EMANUEL**, Matrícula **519.693-1**. Estado da vítima: Escoriação leve no membro inferior direito (coxa), queixava-se de dor no membro superior direito (ombro); consciente e orientado. Que após os procedimentos de imobilização foi conduzido ao Hospital Regional de Guarabira/PB.

Para constar, eu **LUIZ FERNANDO PEREIRA DAS NEVES JÚNIOR**- 2º TEN QOBM, Matrícula **527.451-6**, subchefe da Seção de Expediente do 3º Batalhão de Bombeiros Militar de Guarabira, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim.

  
\_\_\_\_\_  
**Subchefe da Seção de Expediente**



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

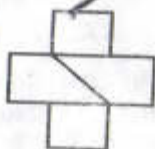
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
RUA ALMEIDA BARRETO, Nº 246, CENTRO, GUARABIRA/PB - CEP: 58200-000  
TEL.: (83) 3271-2460  
E-MAIL: 3bbm@bombeiros.pb.gov.br



S. Verde

S. K. M. S. U. S.

K/ 00:05



SUS Sistema Único de Saúde



ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

- 1.
2.
3.
4.

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS
NOME: PB-SEC. SAÚDE - COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA
CÓDIGO DO CNES: 260380-2 CNPJ: 08.778.268/0036-90
ENDEREÇO: RUA PREFEITO JOÃO PIMENTEL FILHO, 447
MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAÍBA UF: PB

CÓPIA

- ( ) 01- ELETIVO. CARÁTER DO ATENDIMENTO
( ) 02- URGÊNCIA.
( ) 03- ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
( ) 04- ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO.
( ) 05- OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO.
( ) 06- OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

TARCISIO BELARMINO DE OLIVEIRA
Coordenador de Arquivo Central
Matricula 906.829-5

PROCEDIMENTO - descrição:

08.778.268/0036-90

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - SES
COMPLEXO DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE GUARABIRA
Av. Prefeito João Pimentel Filho, 447
Centro - CEP: 58.200-000 - Guarabira/PB

DIAGNÓSTICO

28/07/2020

PACIENTE
NOME: CRISLIAN VITOR SEXO: M IDADE: 27
PROFISSÃO: DOCUMENTO:
ENDEREÇO:
MUNICÍPIO: ESTADO: PB UF: PB
CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO: CNS:
DATA DE NASC.: DATA DO ATENDIMENTO: 20/07/20

RAÇA / COR

- 1-BRANCA 2-PRETA 3-PARDA
4-AMARELA 5- INDÍGENA 99- SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Doença de intestino, sem mais detalhes
Data:
El Teste Urina Positivo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

1- Exame Urina com SF e P.C
2- Exame Urina com SF e P.C

RESULTADOS:

3- Resultado no exame de Urina com SF e P.C

MEDICAÇÃO

- PRESCRITA
APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- OBSERVAÇÃO RESIDÊNCIA
INTERNAÇÃO OUTRO HOSPITAL
ÓBITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS; CÓDIGO / PROCEDIMENTO

Table with 3 rows and columns for CBO (Classification of Health Occupations)

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

Handwritten signatures and stamps of professionals

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. DO ADMINISTRADOR - carimbo



# HOSPITAL DIA TOP MAIS LTDA

PRAÇA NOSSA SENHORA DA LUZ, 54

Bairro: CENTRO - Fone: (83) 3271-5116/ 3271-4317 - CEP 58200-000 - GUARABIRA - PB


## FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

Paciente ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA		CPF: 097.219.774-54	Nº Arquivo 59789/436/2020	Nascimento 24/11/1992		
Residência RUA BRAULIO MARTINS, 166			Bairro SANTA TERESINHA			
Cidade GUARABIRA		UF PB	CEP 58200-000	País		
Naturalidade GUARABIRA		UF PB	Religião	Nacionalidade BRASILEIRA	Escolaridade	
Telefone 9-8798-1204	Estado Civil		Tipo Documento RG	Nº Documento 3426521-2	Emissor SSDS- PB	
CNS	Data Internação 20/07/2020	Idade 27 ANOS	Sexo M	Cor	Nº Filhos	Profissão
Nome do Pai JOSÉ ORIOSVALDO DE LIMA MOREIRA			Nome da Mãe ELIENE ALEXANDRE DE SOUZA			
Responsável		Grau Parentesco		Endereço	Telefone	
Cidade		UF	Tipo Doc Responsável	Nº Doc Responsável		
Unidade	Tipo de Quarto <i>leito 03</i>		Quarto <i>03</i>	Leito <i>03</i>		
Convênio PARTICULAR	Tipo Plano	Num. Carteira	Dt. Validade	Clínica		
Hipótese Diagnóstica (CID)			Diagnóstico Definitivo			

Médico Responsável DR. TEMISTOCLES DE ALMEIDA	Conselho <i>PRM</i>	Número <i>7618</i>	Data da Alta <i>20.07.2020</i>
--	------------------------	-----------------------	-----------------------------------

Funcionário (a) WYLIANA FREIRE \_\_\_\_\_

Observações:

  
Assinatura do Paciente

*Sneyla P. do Nascimento*  
Assinatura do Responsável

## DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME:	ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA		
PRONTUÁRIO:	59789/436/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	03
DATA:		HORA:	09:00
SEXO:	(X)M	( )F	

### IDENTIFICAÇÃO DA CIRURGIA:

	HORA INICIO DA CIRURGIA: 11:05	HORA TÉRMINO DA CIRURGIA: 11:45
CIRURGIÃO:	DR. TEMISTOCLES FILHO	
ANESTESISTA:		
1 AUXILIAR:		
2 AUXILIAR:		
INSTRUMENTADOR:	GARDENIA	
CIRCULANTE:	TEC DAYANE	
PATOLOGIA:		
CIRURGIA PROPOSTA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO UMEMO PROXIMAL DIR	
CIRURGIA REALIZADA:	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO UMEMO PROXIMAL DIR	
FORNECEDOR O.P.M.E:	PROPRIO	
O.P.M.E. UTILIZADO	FIOS K, NUMEROS: 2,5MM(2 FIOS); 2,0MM (2 FIOS)	
OBSERVAÇÕES:		
INTERCORRÊNCIAS:	NÃO	

### DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

PACIENTE EM DDH EM MESA TRANSPARENTE  
 ASSEPSIA E ANTISSPESIA  
 APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS  
 INCISÃO PARA INSERÇÃO DE FIOS  
 REDUÇÃO DA FRATURA SOB FLUOROSCOPIA  
 FIXAÇÃO COM FIOS K 2,5 E 2,0 MM  
 CONTROLE RADIOLOGICO  
 CURATIVO  
 TALA

**Temistocles de A. R. Filho**  
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM-PB: 7918 / TEOT: 15747 / ROR: 5245



**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME:	ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA		
PRONTUÁRIO:	59789/436/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	3	LEITO:	01
DATA:	20/07/2020	HORA:	09:00
SEXO:	( ) M	( X ) F	

**EVOLUÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS**

DATA: 20/07/2020	HORA:
PACIENTE BEM NO POS OP .INTERNAÇÃO SEM INTERCORRENCIAS	

**ALTA MÉDICA HOSPITALAR**

MOTIVO	MELHORADO	X
	CURADO	
	TRANSFERIDO	
	A PEDIDO	
	EVASÃO	

**Fernando de A. R. Filho**  
 ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
 CRM-PB: 7818 / TEO: 15747 / RQE: 5245

CARIMBO

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**ALTA DA ENFERMAGEM**

				DESCREVER ALTERAÇÕES SE PRESNETES
Nível de consciência	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>Alterado</del> <input type="checkbox"/>		
Respiração	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>alterada</del> <input type="checkbox"/>		
Circulação	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>alterada</del> <input type="checkbox"/>		
Edema de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	<del>presente</del> <input type="checkbox"/>		
Cianose de extremidades	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	<del>presente</del> <input type="checkbox"/>		
Urina	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>diminuído</del> <input type="checkbox"/>	ausente <input type="checkbox"/>	
Curativo	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>alterado</del> <input type="checkbox"/>		
Ferida Cirúrgica	normal <input checked="" type="checkbox"/>	<del>Alterada:</del> <input type="checkbox"/>		
Sangramento pela ferida	ausente <input checked="" type="checkbox"/>	<del>normal</del> <input type="checkbox"/>	elevado <input type="checkbox"/>	
Cateter	presente <input type="checkbox"/>	<del>Ausente</del> <input checked="" type="checkbox"/>		
Presença de acompanhantes	presente <input checked="" type="checkbox"/>	<del>ausente</del> <input type="checkbox"/>		
Orientações				

NOME ENFERMAGEM:

DATA: 20/07/2020.

HORA: 16:00 H

ASSINATURA:

CARIMBO:

**Renata de Medeiros Cabral**  
 ENFERMEIRA  
 COREN-194631/PB





Propofolamp20ml	1
Sulfato de Magnésio 40 mg	
Tramadol100mg	
Xilocaína gel	
Xilocaína spray	
<b>SOLUÇÕES</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Soro fisiológico 100 ml	111
Soro fisiológico 250 ml	
Soro fisiológico 500 ml	1
Soro fisiológico 1000 ml	
Soro Ringer lactato 500 ml	1
Soro Glicosado 500 ml	
<b>SONDAS</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Coletor Sistema Fechado	
Sonda de aspiração endotraqueal	
Sonda de Foley nº 16	
Sonda de Foley nº 18	
Sonda de Foley nº 22	
Sonda uretral nº 06	
Sonda uretral nº 08	
Sonda uretral nº 10	
Sonda uretral nº 12	
<b>GASES MEDICINAIS</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Ar comprimido	
Oxido Nitroso	2
<b>FIOS DE SUTURA</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Algodão 2-0 c/ag	
Algodão 3-0 c/ag	
Algodão 3-0 s/ ag	
Algodão 0 s/ ag	
Catgut3-0 cromado	
Catgut 2-0simples	
Catgut 2-0 simples	
Ethibond 5-0 c/ag (Poliéster)	
Cera para Osso	
Monocryl 3-0 c/ag (Poliglicaprone)	
Faixa de smarch	2
Nylon 2-0 c/ag	
Nylon 3-0 c/ag	
Nylon 4-0 c/ag	
Nylon 5-0 c/ag	
Prolene3-0 c/2 ag (Polipropileno)	
Prolene5-0 c/2 ag (Polipropileno)	
Prolene 2-0 c/ ag (Polipropileno)	
Seda 2-0	
Vicryl1 c/ag (Poliglactina)	
Vicryl 2-0 c/ag (Poliglactina)	
Vicryl 3-0 c/ag (Poliglactina)	
<b>EQUIPAMENTOS</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Arco cirúrgico	2
Aspirador	
Bisturi elétrico	
Bomba de infusão	
Capnógrafo	
Carro de VDL	
Garrote pneumático	
Monitor cardíaco	
Oxímetro de pulso	2

~~13/01/20~~  
~~13/01/20~~  
~~13/01/20~~

~~13/01/20~~  
~~13/01/20~~  
~~13/01/20~~

**STERIS STAR**  
 CLASS 5  
 INTEGRATOR  
 137°C - 18.5 min.  
 138°C - 9 min.  
 134°C - 3.5 min.  
 ISO 11140-1 [D2] 161003 [D2] C-102261  
 STEAM [D] 2019-01 [R] 2023-01

Ref Color Changes  
 UNPURE SAURE OPTIMUM  
 SAURE OPTIMUM

**STERIS STAR**  
 CLASS 5  
 INTEGRATOR  
 137°C - 18.5 min.  
 138°C - 9 min.  
 134°C - 3.5 min.  
 ISO 11140-1 [D2] 161003 [D2] C-102261  
 STEAM [D] 2019-01 [R] 2023-01

Ref Color Changes  
 UNPURE SAURE OPTIMUM  
 SAURE OPTIMUM

**STERIS STAR**  
 CLASS 5  
 INTEGRATOR  
 137°C - 18.5 min.  
 138°C - 9 min.  
 134°C - 3.5 min.  
 ISO 11140-1 [D2] 161003 [D2] C-102261  
 STEAM [D] 2019-01 [R] 2023-01

Ref Color Changes  
 UNPURE SAURE OPTIMUM  
 SAURE OPTIMUM

~~10/03/20~~  
~~10/03/20~~  
~~10/03/20~~

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1407982190

Nome: **ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
3426521 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
097.219.774-54 24/11/1992

RENÇÃO  
JOSE ORISVALDO DE  
LIMA MOREIRA  
ELIENE ALEXANDRE DE  
SOUZA

PERMISSÃO ACC CATEG  
AD

Nº REGISTRO  
05334159266

VALIDADE 1ª EMISSÃO  
11/01/2022 24/10/2011

OBSERVAÇÃO

*Orislan Vitor Alexandre Moreira*  
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1407982190

LOCAL  
GUARABIRA, PB

DATA EMISSÃO  
18/01/2017

*Orislan*  
ASSINATURA DO DETENTOR

15510025164  
PRO33904545

**PARAIBA**

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

**P. 62**



Orislan Vitor Alexandre Moreira



Esse documento é válido apenas para o uso que lhe é destinado e não pode ser usado para fins diferentes dos que lhe são destinados.

VALIDADEZ: 09/09/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3,426.521 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 11/05/2011

NOME ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

FILIAÇÃO JOSÉ ORIOVALDO DE LIMA MOREIRA  
ELIENE ALEXANDRE DE SOUZA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB

DATA DE NASCIMENTO 24/11/1992

DOC. CIVIL NASC. N. 38999 PLS. 20 LIV. 435  
CARTÓRIO GUARABIRA-PB  
097.219.774-54

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.119 DE 2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 097.219.774-54

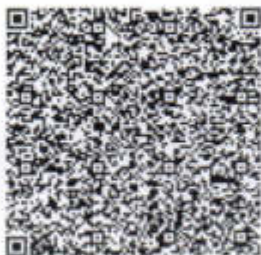
Nome ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

Estado 3811/1992

VALIDO SOMENTE COM OBRIGATORIOS DE IDENTIFICAÇÃO

DETRAN - PB 95613442655  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO**

CÓDIGO RENAVAM  
**01099722257**



Valide este QRCode com app Via

PLACA EXERCÍCIO  
**QFV0997 2020**

ANO FABRICAÇÃO ANO MODELO  
**2015 2015**

ESPÉCIE / TIPO  
**PASSAGEIRO MOTOCICLETA**

MARCA / MODELO / VERSÃO  
**HONDA/CG150 START**

PLACA ANTERIOR / UF CHASSI  
**\*\*\*\*\*/\*\* 9C2KC1670FR214606**

COR PREDOMINANTE COMBUSTÍVEL  
**VERMELHA ALCOL/GASOLINA**

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

CATEGORIA <b>PARTICULAR</b>		CAPACIDADE <b>**</b>	
POTÊNCIA/CILINDRADA <b>0CV/149</b>		PESO BRUTO TOTAL <b>0.29</b>	
MOTOR <b>KC16E7F214606</b>	CMT <b>**</b>	EIXOS <b>*</b>	LOTAÇÃO <b>02P</b>
CARROCERIA <b>NÃO APLICAVEL</b>			
NOME <b>ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA</b>			
		CPF / CNPJ <b>097.219.774-54</b>	
LOCAL <b>GUARABIRA PB</b>		DATA <b>26/11/2020</b>	

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT 95613442655

CAT. TARIF <b>9</b>	DATA DE QUITAÇÃO <b>24/11/2020</b>	PAGAMENTO <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	
REPASSE OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$) <b>3.65</b>	CUSTO DO BILHETE (R\$) <b>4.15</b>	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$) <b>4.04</b>	
REPASSE OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$) <b>0.41</b>	VALOR DO ICF (R\$) <b>0.05</b>	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) <b>12.30</b>	

INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS FÍSICOS CAUSADOS POR VEÍCULOS DE AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO "SEGURO DPVAT"**

Todas as coberturas, realizadas em território nacional, estão cobertas, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres. Da entrada no seguro DPVAT é gratuita e não há cobrança a indenização de sinistro. O prazo para solicitação de indenização do Seguro DPVAT é de até 3 anos.

São três tipos de cobertura:

<b>MORTE</b> R\$ 13.300,00	<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b> ATE R\$ 13.300,00* * conforme graduação médica em %	<b>REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS</b> ATE R\$ 2.200,00
-------------------------------	---	--

**COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT?**

1. Ir até o site ou endereço de acesso ao sistema de licenciamento de veículos, acessar a área de acesso ao seguro DPVAT em [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) para realizar a contratação do seguro.
2. Em seguida, no seu perfil, em "documentos em pendência", autenticar sua senha em seu celular ou via [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) (necessário para consulta do Seguro DPVAT) ou até Central de Atendimento de Atendimento ao Cidadão (CAC) em: 0800-12345 (de 9h às 18h).
3. Realizar o pagamento em sua cidade ou via [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) no endereço de Rua Celso de Aguiar, nº 432 - 130 - Jardim de Fátima - Muroto - PB - CEP: 57200-000.

**DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS:**

- Formulário de Declaração (DFD) do acidente envolvendo o veículo, preenchido pelo proprietário do veículo ou pelo segurado, assinado por testemunhas, Polícia Militar, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiros (PM, PC, PM, PB).
- Formulário de Partida do Seguro DPVAT, preenchido no site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou em formulário impresso e enviado para o endereço de Rua Celso de Aguiar, nº 432 - 130 - Jardim de Fátima - Muroto - PB - CEP: 57200-000.
- Cópia do comprovante de residência.
- Cópia do documento de identificação, Carteira de Identidade ou RG ou CNH, Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
- Cópia de CPF.

Site: [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br)

MSGENS DENATRAN

**CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO**

Para sua comodidade, você pode acessar este documento diretamente pelo seu celular. Baixe o aplicativo Carteira Digital de Trânsito - CDT e tenha acesso ao licenciamento de seu veículo além de muitas outras funcionalidades. Com a Carteira Digital de Trânsito - CDT você pode:

- Consultar suas informações e pagar multas com desconto
- Acessar a versão digital da CNH (para CNH, carteira, etc.)
- Acessar a versão digital de seu licenciamento de veículo
- Compartilhar o licenciamento com até 5 pessoas
- e muito mais em [www.dntr.gov.br](http://www.dntr.gov.br)



**IMPORTANTE**

- O prazo para pagamento de indenização do seguro DPVAT é de até 3 anos, contados a partir da data do acidente ou da data de ocorrência do sinistro, ou a partir da data de ocorrência do sinistro, ou a partir da data de ocorrência do sinistro.
- O prazo de validade do Seguro DPVAT (cobertura de danos físicos) é de 30 dias, contados a partir da data de ocorrência do sinistro, ou a partir da data de ocorrência do sinistro, ou a partir da data de ocorrência do sinistro.
- A indenização do Seguro DPVAT obrigatória deve ser paga por meio de depósito em nome do titular do Seguro DPVAT, ou em nome do beneficiário designado em seu contrato de Seguro DPVAT.

Para mais informações sobre o Seguro DPVAT, acesse o site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou o endereço de Rua Celso de Aguiar, nº 432 - 130 - Jardim de Fátima - Muroto - PB - CEP: 57200-000.

**Seguro DPVAT**

Central de Atendimento  
 Rua Celso de Aguiar, nº 432 - 130 - Jardim de Fátima - Muroto - PB - CEP: 57200-000  
 0800 022 1204 (horário comercial)



## LAUDO TRAUMATOLÓGICO Nº 03.02.06.122020.029416

### Ferimento ou ofensa física

Data/Hora do Exame: 17/12/2020 10:30:00

Em 17 de Dezembro de 2020, o(a) Chefe do Núcleo de Medicina e Odontologia Legal de GUARABIRA, MICHELLE ISOLA GOMES, atendendo a solicitação expedida pelo(a) DELEGADO(A) JOAO AMARO GOMES FILHO de acordo com a Requisição de Exame 043/2020 da 1ª DELEGACIA DISTRITAL DE GUARABIRA, datada de 04 de Dezembro de 2020 designou este(a) Perito(a) Oficial para proceder ao exame pericial em ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: NÃO INFORMADO, nascido em: 24/11/1992 (28 anos) natural de: GUARABIRA/ PB sexo: MASCULINO, Raça/Cor: PARDA; filho(a) de JOSE ORIOSVALDO DE LIMA MOREIRA e ELIENE ALEXANDRE DE SOUZA, residente em NÃO INFORMADO.

#### HISTÓRICO vítima de acidente de trânsito

**DESCRIÇÃO DO EXAME** - No momento exato deste exame pericial, o periciando apresenta:

**EXAME MÉDICO LEGAL:** O PERICIANDO APRESENTA AS LESÕES: 1. DUAS CICATRIZES HIPERCROMICAS, NORMOTRÓFICAS EM REGIÃO DELTOIDEANA DIREITA, QUE MEDEM 1X1 CENTÍMETROS; 2. DUAS CICATRIZES NORMOTRÓFICAS, HIPERCROMICAS, EM REGIÃO LATERAL DE TERÇO MÉDIO DE BRAÇO DIREITO, QUE MEDEM 2X1 CENTÍMETROS.

TROUXE LAUDO DA CLÍNICA MONTE SIÃO, EMITIDO POR DR. TEMISTOCLES DE A. R. FILHO, CRM 7618, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL DIREITO, FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DE UMEMO DIREITO, EVOLUINDO COM FRATURA E LIMITAÇÃO DA FUNÇÃO EM 50%.

#### RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1-Há ferimento ou ofensa física? **SIM**
- 2-Qual o meio que ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE**
- 3-Houve perigo de vida? **NÃO**
- 4-Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **SIM, HÁ DEBILIDADE MODERADA DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM DÉFICIT FUNCIONAL DE 50%.**
- 5-Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **NÃO**
- 6-Provocou aceleração de parto? **PREJUDICADO**
- 7-Resultou perda ou inutilização de membro sentido ou função? **NÃO**
- 8-Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO**
- 9-Resultou deformidade permanente? **NÃO**
- 10-Provocou aborto? **PREJUDICADO**

Nada mais havendo a consignar, deu-se por encerrado o presente Laudo que segue assinado e rubricado, dele ficando cópia autêntica arquivada neste Núcleo.

GUARABIRA, 17 de Dezembro de 2020.

FAGNER BARROSO MARTINS DANTAS  
Perito Oficial Médico Legal  
Matrícula 1682300 CRM 6236

Dr. Fagner  
PE

*Orislan Vitor Alexandre Moreira*  
17/12/2020



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: 3210015379

Nome do(a) Examinado(a): ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA BRAULIO MARTINS, 166, CASA, Guarabira/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/ PB / 3426521

Data e local do acidente: 19/07/2020 - Guarabira/PB

Data e local do exame: 27/01/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

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

TRATAMENTO CIRURGICO

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

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 30°, abdução aos 90°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.

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

Sim

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

Sim

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

DOR E DEFICIT DE MOBILIDADE DO OMBRO DIREITO

**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"

() "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.

Ombro Direito - Médio - 50%

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

A handwritten signature in blue ink on a light green background. The signature reads "Andrei Jager Soares".



**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDADEZ PERMANENTE**

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 005: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- 005: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ IDENTIDADE \_\_\_\_\_ ASSINATURA \_\_\_\_\_  
 DATA 11-01-2021 IDENTIDADE 3.426.521 ASSINATURA [Assinatura]



**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VÍTIMA \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
 Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICAADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOROTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ 11-01-2021  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_ 3.426.521  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_ *Assis. Vitor A. Moreira*

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210015379

**Cidade:** Guarabira

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

**Data do acidente:** 19/07/2020

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER

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

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 130°, extensão aos 30°, abdução aos 90°, adução aos 20°, rotação medial aos 40°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DA FRATURA COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER E USO DE TALA, EVOLUINDO SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 27/01/2021

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210015379 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA **Data do acidente:** 19/07/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 22/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 4\_CIRURGIA.  
# SOLICITO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210015379 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA **Data do acidente:** 19/07/2020 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 22/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 4\_CIRURGIA.  
# SOLICITO 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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0014154/21

**Vítima:** ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

**CPF:** 097.219.774-54

**Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

**Data do acidente:** 19/07/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ORISLAN VITOR  
ALEXANDRE MOREIRA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA : 097.219.774-54**

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](http://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: 14/01/2021  
Nome: ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA  
CPF: 097.219.774-54

ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2021  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA