



Número: **0808361-86.2021.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **28/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA (AUTOR)		RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53523 230	24/01/2022 11:50	<a href="#">2851466_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 01735/01736 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010868



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000011464964-7

---

---

Nr. da Autenticação 185845869F0CDE9E



## 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: Orislan 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: Orislan Litor Alexandre Moreira 6 - CPF: 097.219.774-54  
7 - Profissão: Correio de Emergência 8 - Endereço: Rua Bráulio Martins 9 - Número: 166 10 - Complemento: Rosa  
11 - Bairro: Santa Terezinha 12 - Cidade: Guaraluza 13 - Estado: PB 14 - CEP: 69.200-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): 83-988542539

### 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 POUPOANÇA (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: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
AGÊNCIA: 0001 CONTA: 31466964 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.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascera)?  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 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 299 do Código Penal.

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, Guaraluza - PB 11-01-2021

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1.0002/2019





**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 Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOÃO AMARO GOMES FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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 Polícia 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, RENAVAM 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, escrevã(o) que digitei.

  
**ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

Comunicante

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






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

CPF/CNPJ/RANI: 674.527.104-44

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 Classe: RES-MTC-B1 / Subclasse: BAIXA RENDA  
 Ligação: MONOFASICO  
 Potência: 2 - 22 - 25 - B700 NP 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

**406kWh**

**14,00 kWh**  
 MÉDIA DIÁRIA  
 LEITURA  
 CONFIRMADA

**SITUAÇÃO DE DÉBITOS**

**DESCRIPTIVO**

Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alq ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS/Cofins 1,0845% (R\$)	PIS(R\$)	Cofins(F) (R\$)
0000 Consumo até 50kWh BR			8,14					
0001 Consumo - 31 a 100kWh BR	30	0,271540	8,14					
0001 Consumo - 101 a 220kWh BR	70	0,465500	32,58	8,14	27	2,19		
0001 Consumo acima de 220kWh BR	130	0,030240	83,79	32,58	27	8,80	8,14	0,09
0610 Subsidio	196	0,775820	144,30	90,79	27	22,62	32,58	0,35
0807 LANCAMENTOS E SERVIÇOS			46,18	144,30	27	36,96	83,79	0,91
0801 CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA				46,18	27	12,47	144,30	1,56
0906 DOAÇÃO HOSPITAL NAPOLEAO LAUREANCO 08/2020			11,99				46,18	0,50
			3,00	0,00	0	0,00		
			-30,91	0,00	0	0,00		
				0,00	0	0,00		
				0,00	0	0,00		





VISTO EM: 23 / 07 / 2020

Moisés Ferreira da Silva Filho  
Matr. 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 Nº. 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 PARAÍBA**

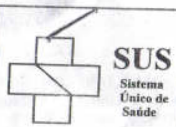
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA - 3º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
RUA ALMEIDA BARRETO, Nº 246, CENTRO, GUARABIRA/PB - CEP: 58200-000  
TEL.: (83) 3271-2460  
E-MAIL: 3bbm@bombeiros.pb.gov.br



S. Verde

S.V. SUS

11.00.05



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

PACIENTE

NOME: ORISIAN VITOR SEXO: M IDADE: 27  
 PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO: Marinhassim  
 MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: PB UF: PB  
 CÓDIGO IBGE DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASC.: 1/1/1995 DATA DO ATENDIMENTO: 28/07/2020

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ( ) 01- ELETIVO.
- ( ) 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.

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  
 Guarabira - CEP: 58.200-000 - Guarabira/PB

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

- PRESCRITA
- APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- OBSERVAÇÃO
- INTERNAÇÃO
- ÓBITO
- RESIDÊNCIA
- OUTRO HOSPITAL
- OUTROS

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Doença de pele, de má saúde  
Dor  
28/07/2020

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

1- Exame físico geral  
 2- Exame físico de pele  
 3- Exame físico de Tórax

RESULTADOS:

TARCISIO BELARMINO DE SOUZA  
 Coordenador de Arquivo Central  
 Matrícula 308.823-5  
 28/07/2020

Plínio dos Santos Araújo  
 COREN-PB 527488-7

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO  
 ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
 ASS. DO REVISOR TÉCNICO - 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>03</i>		Quarto <i>03</i>	Leito <i>01</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

*Suelio 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: 7618 / TEOT: 15747 / ROR: 3245



**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME:	ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA		
PRONTUÁRIO:	59789/436/2020	UNIDADE:	
QUARTO:	03	LEITO:	04
DATA:	20/07/202	HORA:	09:00
SEXO:	(X) M	( ) F	

**EVOLUÇÃO MÉDICA**

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

	NOME /TIPO	VIA	POSOLOGIA	FREQUE NCIA	OBSERVAÇÕES
DIETA	GERAL				
HIDRATAÇÃO	SF	IV	500 ML	12/12 H	12 <sup>h</sup>
	SR	IV	500 ML	12/12 H	12 <sup>h</sup>
MEDICAMENTOS	PROFENID	IV	100 MG	12/12 H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9 %
	NAUSEDRON	IV	8 MG	8/8 H	DILUIR EM 100 ML SF 0,9 %
	DIPIRONA	IV	1 G	6/6 H	12x100
	CEFALOTINA	IV	1G	6/6 H	12x100
	OMEPRAZOL	IV	40 MG	24 H	12x100
	DEXAMETASONA	IV	4MG	12/12 H	12x100
	TRAMAL	IV	50MG	8/8H	DILUIR EM 100ML SF0,9%
	CURATIVO				ciente
CUIDADOS GERAIS	CCGG E SSVV			6/6 H	ciente
SINAIS VITAIS				6/6 H	ciente
OBSERVAÇÕES					ciente

12x100  
12x100  
12x100  
12x100  
12x100  
12x100  
12x100

CARIMBO

ASSINATURA MÉDICO: \_\_\_\_\_

**Temístocles de A. R. Filho**  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB: 35181 TEOT: 15747 / RQE: 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 / TEOT: 15747 / RQE: 5245

CARIMBO

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

**ALTA DA ENFERMAGEM**

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

NOME ENFERMAGEM:

DATA: 20/07/2020.

HORA: 16:00 H

ASSINATURA:

CARIMBO:

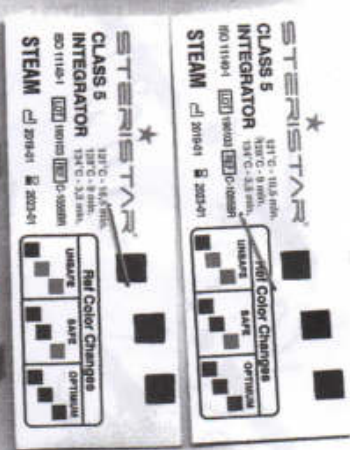
**Renata de Medeiros Cabral**  
 ENFERMEIRA  
 COREN-194631/PB



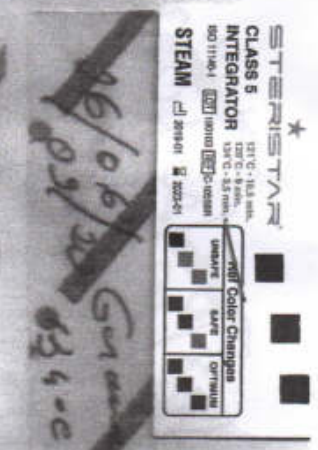


Torneirinha 3 vias	
Dispositivo para transferência de soluções	1
Tubo aspiração - látex	
Tubo endotraqueal 6.5	
Tubo endotraqueal 7.0	
Tubo endotraqueal 7.5	
Tubo endotraqueal 8.0	
Tubo endotraqueal 8.5	
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>QTD CONSUMIDA</b>
Adrenalina 1ml	
Água destilada amp. 10ml	1111
Amiodarona 150 mg	
Atropina amp	
Bromoprida 10 mg	
Bromoprida gotas	
Bupivacaína pesada 20 mg /4 ml	
Buscopan composto	
Buscopan simples	
Cefalotinaframp 1 G	1
Cefazolinaframp 1 G (Kefazol)	
Cetoprofeno (Profenid) gotas	
Cetoprofenoframp 100mg (Profenid)	1
Ciprofloxacino 400 mg	
Cisatracúrio 10mg/5ml	
Clexane seringa 40 mg	
Clindamicina 600 mg	
Clonidina 150 mg	
Cloreto de Potássio 10% 10 ml	1
Dexametasona 4 mg/ml amp 2,5 ml (Decadron)	
Diazepam 10 mg	
Dimorfamp 0,2mg (Morfina)	
Dimorfamp. 10mg/ml (Morfina)	
Dipirona 1g	1
Dipirona gotas	
Duodecadronamp.	
Efedrina amp.	
Etomidato 2mg	
Fenergan(prometazina) 50 mg	
Fenitoina (hidantal) 10%	
Fenobarbital (Gardenal) 200mg	
Fentanilamp. 2ml 50 mg/ml	1
Flumazenil(lanexat) 0,1 mg	
Furosemida 20 mg	
Glicose 50% amp 10 ml	
Gluconato de Calcio 20 mg/ml	
Haldol5 mg	
Hidrocortisona 500mg/ml	
Ibuprofeno gotas	
Ketamim	
Lidocaína 2% c/ vaso	1
Lidocaína 2% S/ vaso	1
Midazololamp. 15Mg (Dormonid)	1
Narcamamp	
Nausedron8 mg	1
Noraepinefrina	
Novabupi S/ vaso fr. 20ml	
Omeprazol 40 mg	
Paracetamol gotas	

~~2/07/20~~ ~~120~~ ~~Condura~~ ~~1340c~~



~~26/06/20~~ ~~6340c~~



~~01/08/20~~ ~~6340c~~



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	1
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	1
Aspirador	
Bisturi elétrico	
Bomba de infusão	
Capnógrafo	
Carro de VDL	
Garrote pneumático	
Monitor cardíaco	
Oxímetro de pulso	1

**STERIS STAR**  
CLASS 5  
INTEGRATOR  
STEAM

137°C - 18.5 min.  
137°C - 8 min.  
137°C - 3.5 min.  
ISO 11141-1 [100] [1000] [100] [10000]

Ref Color Changes  
UNSAFE SAFE OPTIMUM

**STERIS STAR**  
CLASS 5  
INTEGRATOR  
STEAM

137°C - 18.5 min.  
137°C - 8 min.  
137°C - 3.5 min.  
ISO 11141-1 [100] [1000] [100] [10000]

Ref Color Changes  
UNSAFE SAFE OPTIMUM

**STERIS STAR**  
CLASS 5  
INTEGRATOR  
STEAM

137°C - 18.5 min.  
137°C - 8 min.  
137°C - 3.5 min.  
ISO 11141-1 [100] [1000] [100] [10000]

Ref Color Changes  
UNSAFE SAFE OPTIMUM

13/10/20  
13/10/20  
13/10/20

13/10/20  
13/10/20  
13/10/20

13/10/20  
13/10/20  
13/10/20



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **GRISIAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**  
 DOC. ENTREGUE / OUT. IMPOSTO DE RRE: **3426521** **SEP** **PB**  
 CN: **097.219.774-54** DATA NASCIMENTO: **24/11/1992**  
 PRECISO: **JOSE ORIOVALDO DE LIMA MOREIRA ELIENE ALEXANDRE DE SOUZA**  
 PERMISSÃO:  ACC:  CALIBRE:  AD  
 Nº REGISTRO: **05534189266** VALIDADE: **11/01/2023** 1ª HABILITAÇÃO: **24/10/2011**  
 OBSERVAÇÃO:

Assinatura do Portador

LOCAL: **GUARABIRA, PB** DATA EMISSÃO: **18/01/2017**  
 15510025164  
 PB033904545  
**PARAÍBA**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1407982190**  
 PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1407982190**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL  
SECRETARIA DE REGISTRO DE IMPOSTOS E CONTRIBUIÇÕES

**P. 62**



**IDENTIFICADO**

*Orslan Vitor Alexandre Moreira*



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3,426.521 - 2 VIA Emitido em 11/05/2011

Nome **ORSLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

Franco **JOSÉ ORIOVALDO DE LIMA MOREIRA**  
**ELIENE ALEXANDRE DE SOUZA**

Naturalidade **GUARABIRA-PB**

Data de Nascimento **24/11/1992**

Doc. Original **GUARABIRA-PB**

NASC. N. 38999 FLS. 20 LIV. A35

CNPJ **CARTORIO GUARABIRA-PB**  
**097.219.774-54**

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES em 24/01/2022 às 11:50:30

LEI Nº 7.119 DE 2006

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Inscrição **097.219.774-54**

Nome **ORSLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

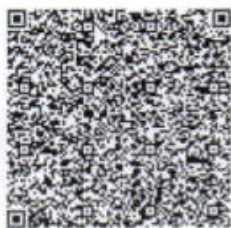
Emissão **24/11/1992**

VALIDO SEMPRE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DETRAN - PB 55613442655  
**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  
**PASSEIRO MOTOCICLETA**

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

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

COR PREDOMINANTE COMBUSTÍVEL  
**VERMELHA ALCOOL/GASOLINA**

CATEGORIA CAPACIDADE  
**PARTICULAR \*\***

POTÊNCIA/CILINDRADA PESO BRUTO TOTAL  
**OCV/149 0.29**

MOTOR CMT EIXOS LOTAÇÃO  
**KC16E7F214606 \*\* \* 02P**

CARROCERIA  
**NÃO APLICAVEL**

NOME  
**ORISLAN VITOR ALEXANDRE MOREIRA**

CPF / CNPJ  
**097.219.774-54**

LOCAL DATA  
**GUARABIRA PB 26/11/2020**

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT 55613442655

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

OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO

Área reservada para observações do veículo.

MENSAGENS DENATRAN

**CARTEIRA DIGITAL DE TRÂNSITO**

Para sua comodidade, você pode acessar este documento dinamicamente 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 infrações e pagar multas com desconto;
- Acessar a versão digital do CNH (para quem possui CNH);
- Acessar a versão digital deste Licenciamento de Veículo Digital;
- Compartilhar o licenciamento com até 5 pessoas;
- Verificar a validade do veículo.



INFORMAÇÕES DO SEGURO DPVAT

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

Todos os cidadãos, acidentados em território nacional, estão cobertos, sejam eles motoristas, passageiros ou pedestres. Daí a entrada no Seguro DPVAT é gratuita e não é necessária a contratação de terceiros. O seguro para motoristas de interesse do Seguro DPVAT é de 3 meses.

São três tipos de cobertura:

<b>MORTE</b> R\$ 11.500,00	<b>INVALIDEZ PERMANENTE</b> ATE R\$ 13.500,00*	<b>REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS</b> ATE R\$ 2.000,00
-------------------------------	---	--

- COMO DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT**
1. Ir até o ponto de venda de produtos de proteção de segurança de trânsito. Acesso à loja [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou pelo aplicativo.
  2. Ou entrar no site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br), digitar o nome completo do Segurado DPVAT no campo de identificação, de acordo com o documento, digite o CNH ou o RG, digite o nome e endereço atualizados e clique em "OK" para iniciar o processo.
  3. Conferir se o endereço de e-mail informado no site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) corresponde ao seu e-mail de e-mail. Digite o e-mail e clique em "OK" para confirmar o e-mail. Digite o e-mail e clique em "OK" para confirmar o e-mail.
- DOCUMENTAÇÃO COMUM A TODAS AS COBERTURAS**
- Atualização da Declaração de Vida do segurado (se houver) e atualizar o endereço atualizado para o endereço atualizado.
  - Fotocópia do Protocolo do Seguro DPVAT, disponível no site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) e atualizar o endereço atualizado.
  - Cópia de comprovante de residência.
  - Cópia do documento de identificação (Carteira de Identidade ou RG) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH) ou Carteira Nacional de Habilitação (CNH).
  - Cópia do CPF.

- IMPORTANTE**
- O Seguro DPVAT é obrigatório para todos os veículos de via terrestre e para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil.
  - O Seguro DPVAT é obrigatório para todos os veículos de via terrestre e para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil.
  - O Seguro DPVAT é obrigatório para todos os veículos de via terrestre e para todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros residentes no Brasil.

Para informações sobre o Seguro DPVAT, acesse o site [www.segurodpvat.com.br](http://www.segurodpvat.com.br) ou o telefone 0800 022 1204.

**Seguro DPVAT**

Central de Atendimento  
 De Seg - Seg - An - Gr - 01  
 4005 1506 - 0800 022 1204





**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 ÚMERO 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, deixando cópia autêntica arquivada neste Núcleo.

GUARABIRA, 17 de Dezembro de 2020.

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

*Orislan Vitor A. M. N. 17/12/2020*



IPC Assinatura Eletrônica

Laudo 03.02.06.122020.029416 Assinado eletronicamente por Perito(a) Oficial Médico Legal FAGNER BARROSO MARTINS DANTAS Matrícula 1682300 CRM-623 em 17/12/2020 10:44:17, conforme horário de Brasília, com fundamento na Lei Federal N 14.063/2020.



**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 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.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 seqüela 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:



Andrei Jagan Soares





**IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA \_\_\_\_\_

DADO DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_

EMERGÊNCIA DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

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

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

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

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

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) INAFIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATA DEFINITIVA

( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDEBIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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)

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

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

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIAS EM EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES REALIZADOS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUINTAS SIMPLES E LEGÍVELS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE INDEBIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA 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 VITIMA 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.

COMPLETA

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEBIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEBIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

**IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA \_\_\_\_\_

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É \_\_\_\_\_

ENFERGO DO PORTADOR \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

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

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

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

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

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

( ) CPD DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) ASSIMILADA PELA VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA 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)

( ) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

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

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPD DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIMAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVELS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUANTAS NOTAS FISCALS (ORIGINALS E LEGÍVELS) DE FARMÁCIAS/COMPANHIAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA 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)

( ) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

**VALORES DE INDEMNIZAÇÃO**

- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
- MORTE - R\$ 13.500,00
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

**COMPLETA**

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDEMNIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO LISTADOS NESTE FORMULÁRIO, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS SEGUINTE:
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDEMNIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOBRASISTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA \_\_\_\_\_



## 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

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

**CPF de:** Próprio

### 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

