

---

**Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200467402**

**Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/08/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

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: **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **0000014908-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: **043.554.944-89** 4 - Nome completo da vítima: **Ivanildo Oliveira da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LITULAK SUDEP Nº 440/2012

5 - Nome completo: **Ivanildo Oliveira da Silva** 6 - CPF: **043.554.944-89**  
7 - Profissão: **Reluzo** 8 - Endereço: **Assentamento Maravilha** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **Casa**  
11 - Bairro: **Área Rural** 12 - Cidade: **São Miguel de Taubaté** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): **183198855-1045**

DADOS CADASTRAIS

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO NO 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\$1.000,00 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)  CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **4556** CONTA: **14908** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

**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 de 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.

MORTE

**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 nascidos)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível a presença do(a) representante legal (se houver)       
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: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: **São Miguel de Taubaté, 12 de Dezembro de 2020.**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00504.01.2020.1.05.101**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00504.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:56 horas do dia 10 de dezembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Oliveira da Silva**, conhecido(a) por Ivan, CPF nº 043.554.944-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Margarida Domingos da Silva e Sebastião Domingos da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/10/1981 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Maravilha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo do Sítio Maravilha, na cidade de São Miguel de Taipu/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb-042, nº S/N, Via Pública, Próximo do Bar da Mangueira, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/08/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**Objeto(s) Envolvido(s):**

**(1) Moto**, modelo POP 100i, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2016/2016, UF: PB, placa QFO-0207, chassi 9C2JB0100GR509136, renavam 0109241213-9, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

*Juanilda Lourenço*

Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA  
Noticiante



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 043.554.944-89 4 - Nome completo da vítima: Ivanildo Oliveira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LITULAK SUDEP Nº 440/2012

5 - Nome completo: Ivanildo Oliveira da Silva 6 - CPF: 043.554.944-89  
7 - Profissão: Relato 8 - Endereço: Assentamento Maravilha 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: PB 14 - CEP: \_\_\_\_\_  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 183198855-1045

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO NO 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\$1.000,00 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)  CONTA CORRENTE (todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 456 CONTA: 14908 4 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 de 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.

MORTE

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 nascituros)?  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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescindível a assinatura digital da vítima ou beneficiário (se houver)  
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

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: São Miguel de Taubaté, 12 de Dezembro de 2020.  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): \_\_\_\_\_

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

07/01/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320046740201

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 01456

**CONTA:** 000000014908

---

---

**Número da Autenticação**

CE08F3A3B4E351A2

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

07/01/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320046740201

**VALOR TOTAL:**

1.687,50

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 01456

**CONTA:** 000000014908

---

---

**Número da Autenticação**

CE08F3A3B4E351A2

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via do boleto

Bolero para simplificar pagamento da sua fatura com a Energisa através do N° 051.008.453



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br. 230, Km. 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DA PENHA FELINTO  
ASSENT MARAVILHA 00 RURAL  
SAO MIGUEL DE TAIPU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1556181-4

## REFERÊNCIA

SET/2020

## APRESENTAÇÃO

21/09/2020

## CONSUMO

89

## VENCIMENTO

28/09/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 32,08

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/09/2020				
Pagador: MARIA DA PENHA FELINTO CNPJ/CPF: 043.440.884-71				
ASSENT MARAVILHA 00 RURAL - AREA RURAL - SAO MIGUEL DE TAIPU / PB - CEP 00000-000				
Noosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32689260001846598	00000000202009	28/09/2020	R\$ 32,08	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

24/09

50/09/2020

Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

Av. Orestes Lisboa, s/n - Pedro Gondim - CNES: 123912 - Tel.: 8332165700



PARAÍBA  
Governador João Pessoa

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123912 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1252965



### Identificação do paciente

Nome <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>		Sexo <b>Masculino</b>	
Nome <b>MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA</b>	Estado civil <b>CASADO(A)</b>		Religião <b>CATOLICA</b>
Idade <b>38 anos 10 meses 12 dias</b>	Pai <b>SEBASTIAO DOMINGOS DA SILVA</b>		Profissão
Escolaridade <b>FUNDAMENTAL INCOMPLETO</b>		Responsável (Parentesco) <b>IVANICE OLIVEIRA DA SILVA - IRMAO(A)</b>	
DDD Celular <b>05</b>	Celular <b>987148679</b>	DDD	Telefone
Tipo documento <b>RG (IDENTIDADE)</b>		Nº Cns <b>706097803230745</b>	
Local de procedência <b>SÃO MIGUEL DE TAIPIU</b>		Tipo <b>MUNICIPIO</b>	UF <b>PB</b>
Etnia <b>SANTA RITA</b>		CBOIR	

### Endereço

CEP <b>58334000</b>	Município de residência <b>SÃO MIGUEL DE TAIPIU</b>	UF <b>PB</b>	Logradouro <b>MARVALHA</b>
Número <b>5N</b>	Complemento	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	

### Admissão

Data e Hora <b>22/09/2020 20:37:06</b>	Número da pulseira <b>100007964458</b>	Convênio <b>SUS</b>
Especialidade <b>CIRURGIA GERAL</b>	Clínica	Origem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>
Classificação de risco	Detalhe do acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	

### Indicadores e Transporte

Caso policial <b>Não</b>	Plano de saúde <b>Não</b>	Veio de ambulância <b>Não</b>	Trauma <b>Não</b>
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>		Quem transportou	

### Sinais Vitais

TA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por  
**RENATA HERCULANO DA SILVA**

Tempo  
**01seg**

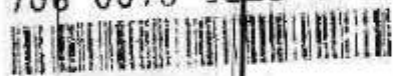
Imprimir

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Data Nascimento: 10/10/1987

Sexo: M

706 0078 0323 0745





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumo Tule  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>	RAE <b>1252965</b>	Data/Hora Entrada <b>22/08/2020 20:37:06</b>	Data Saída
Data de nascimento <b>10/10/1981</b>	Idade <b>38a 10m 13d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(63) 967148673</b>
Mãe <b>MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA</b>		CNS <b>706007803230745</b>	Profissional
Endereço <b>MARAVALHA, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SAO MIGUEL DE TAIPU</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional <b>2489/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/08/2020 20:37:06</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/08/2020 22:34:10</b>	

## ANAMNESE

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda da consciência, alergia ou vômitos. Apresenta abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação local e limitação dos movimentos do m.m. Mobilidade do membro preservada. Torax e abdome: ndr. conduta: analgesia + exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, D.O. (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE S.O.)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

## CID10

M79.6 - Dor em membro

## Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL  
(2489/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07



**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**

Genador Humberto Jureña



*Seems todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>	BAC <b>1252965</b>	Data/Hora Entrada <b>22/08/2020 20:37:06</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>10/10/1981</b>	Idade <b>38a 10m 13d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 987148679</b>
Mãe <b>MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA</b>		CNS <b>706007803230745</b>	Prontuário
Endereço <b>MARAVALHA, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SAO MIGUEL DE TAPUI</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES</b>	Nº Cons. Regional <b>12412/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>22/08/2020 20:37:06</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/08/2020 23:56:57</b>	

**ANAMNESE**

ORTOPEdia QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE. APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME- NV PRESERVADO; ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE UMERÓ PROXIMAL ESQUERDO CD SOLICITO TC DE OMBRO ESQUERDO PARA DEFINIR CONDUTA STAFF: DR TIBERIO E DR RAMON

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

**Conduta**

Em observação

*Dr. Andre G. S. Ximenes*  
Médico  
CRM-PB 12412

Enfermeiro

**ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES**  
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07



# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Língua

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Santa Catarina  
**PARAÍBÁ**  
Governo do Estado

Paciente  
**IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**  
Data de nascimento  
10/10/1981  
Idade  
38a 10m 13d  
Mãe  
**MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA**  
Endereço  
**MARAVALHA, SN**  
Acidente  
**QUEDA / OUTROS**  
Data/Hora Classificação  
22/08/2020 20:37:06

BAE  
1252965  
Sexo  
Masculino

Data/Hora Entrada  
22/08/2020 20:37:06  
CNS  
706007803230745

Data Seta  
2020-08-23 02:42:08.0  
Telefone de Contato  
(83) 987148679  
Profissional

Bairro  
**ZONA RURAL**

Município  
**SAO MIGUEL DE TAIPI**  
Profissional  
**TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA**  
Data/Hora Prescrição  
23/08/2020 02:42:12

UF  
**PB**  
Nº Seta Regional  
7296/PB

## ANAMNESE

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda da consciência, vômitos, tonturas. Apresenta abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação total e limitação dos movimentos do m. Mobilidade do ombro não preservada. Tórax e abdome: ndn conduta; analgesia + ext. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE, APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME: NV PRESERVADO, ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO CD: SOLICITO TC DE OMBRO ESQUERDO PARA DEC. 12/2020 20:37:06 (22/08/2020 22:34:16 - TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA)

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE, APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME: NV PRESERVADO, ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE ESCAPULA COM DESVIO ACEITAVEL CD: HEMI J + AINES + ACOMPANHAME VTO. AMBULATORIAL

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 00 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE S.S.)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLINICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLINICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

## PROCEDIMENTO

HEMI - J

## CID10

M79.6 - Dor em membro  
S42.1 - Fratura da omoplata [escápula]

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Usuário  
**TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA**  
Motivo da alta  
**ALTA MEDICA**

Data e Hora  
23/08/2020 02:42:08  
Observações:

Dr. Tibirica Medeiros  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM: 10.148.108/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA		Data de Nascimento	10/10/1981	Idade	36	Sexo	MASCULINO	Nº	1252965	Nº Prontuário	22/08/2020 22:34:10
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		22/08/2020 22:34:00 - 23/08/2020 22:34:00							
Convênio	SUS		Matrícula		Senha							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	---------------	-------------	-----	-------------

1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação: diluir em 10 ml de ad	E.V.	AGORA	
---	---------------------------------	-----	----	-----------------------------------	------	-------	--

Reimpresso por:   
 dia:

GILVANDO CARNEIRO LEAL  
nui: 2489

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 677902

Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	CNS	706007803230745	Idade	
Data de Nascimento	10/10/1981	Boletim Emergencia	1252965	Prontuario	
Material a examinar					
Seção:	SALA DE ESTABILIZAÇÃO				
	Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10				

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

*prey/amb/br/E )  
22.08.20  
22.08.20*

*SM*

Gilberto Coração Tech.  
Cirurgia Geral - CRM 2488

Requisição por  
data:

*CMO* ~~*[Signature]*~~

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.724.056 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2014

NOME  
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO  
SEBASTIÃO DOMINGOS DA SILVA  
MARGARIDA ANDRÉ DE OLIVEIRA

NATURALIDADE  
SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO  
10/10/1981

DOC ORIGEM  
CERT. NASC. Nº3898 - LIV. A-4 - FLS.091 - CARTORIO SÃO MIGUEL  
TAIPU PB

CPF

LEI Nº 7 116 DE 29/09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**043.554.944-89**

Nome  
**IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

Nascimento  
**10/10/1981**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBÁ

REGISTRO GERAL - Nº 2.724.056 - 2ª VIA  
DATA DE EXPEDIÇÃO: 02/09/2014  
CARTORIO SÃO MIGUEL - TAIPU - PB

L-237




*Ivanildo Oliveira da Silva*

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA DO ESTADO DA PARAÍBÁ

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DETRAN

LACRE  
0040303611

DETRAN - PB Nº 015456934764  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA PBT 20200300001281-7 EXERCÍCIO  
0109241213-9 00/00000000 2019

NOME  
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA  
04355494489 QF00207/PB

PLACA ANT / UF CHASSI  
NOVO PB 9C2JB0100GR509136

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO AND FAB ANO MOD  
HONDA / POP 1101 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P / 109 / CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS  
1º  
IPV FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º  
A\*\*\*\*\* 0 3º

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 03/02/2020

OBSERVAÇÕES  
A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA  
0

LOCAL DATA  
SAO MIGUEL DE TAIPIU - PB 03/02/2020

41947  40720

CONTRAN

**- 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE 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 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 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 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)

**ORIS:** 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 CERTIDÃO DE 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECETUÁRIO 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 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**ORIS:** 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.

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA *Marilene de Sá*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467402

**Cidade:** São Miguel de Taipu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

**Data do acidente:** 22/08/2020

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.  
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5  
ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau 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:** 3200467402

**Cidade:** São Miguel de Taipu

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

**Data do acidente:** 22/08/2020

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.  
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5  
ALTA.

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

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau 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-0374163/20

**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 043.554.944-89

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/08/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA : 043.554.944-89**

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: 23/12/2020  
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 043.554.944-89

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA