

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/01/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02201-2

CONTA: 000010020340-X

Nr. da Autenticação 8F0FAF8D6E31B3A0

Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8282714

A/C: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

Sinistro: 3151027187
Vitima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA
Data Acidente: 24/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2015

Carta nº: 8352070

A/C: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

Sinistro: 3151027187
Vítima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA
Data Acidente: 24/05/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3151027187 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA**
Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO PASTA nº 0 - ZONA RURAL - JAGUARUANA/CE**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2007030030437 - SSP**
Data local do exame: **06/01/2016 MOSSORO/RN**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMATISMO CONTUSO EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

MEMBRO INFERIOR DIREITO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO PARA TRATAMENTO DAS INJÚRIAS EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. ALTA MÉDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

MEMBRO INFERIOR DIREITO- APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO E JOELHO DIREITOS EM GRAU RESIDUAL.

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

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MEMBRO INFERIOR DIREITO

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

RN - MOSSORO, 06/01/2016

Médico Perito: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR CRM: 6302


Dr. Gustavo Adolfo P. da Silva Jr.
Médico - Perito
CRMCE - 6302



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esse sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA**, PORTADOR(A) DO RG Nº **2007030030437**- EXPEDIDO POR SSPDS-CE EM . E CPF/CNPJ **042.319.943-90**, PROFISSÃO **AGRICULTOR** E RENDA MENSALDE **R\$ 678,00**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA: **WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES PABAIXOS PRESTADAS.

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

⬠ Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consultar ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRADESCO
BANCO 237 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASIL
BANCO 001 - AGÊNCIA 2201-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA 20.340-8

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAÚ
BANCO 341 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 - AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUANDO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL: JAGUARUANA-CE - DATA 06/02/2015

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) William Maston de Sousa Silva

⬠ ATENÇÃO

- O seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 1204.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesso: www.dnvat.gov.br ou ligue para o SAC Dnvat 0800 035 1504.
Cópia de seguro enviada na lei 11.078/2008) e exemplo de até R\$ 5.000,00 em caso de qualquer meio eletrônico.
na data do acidente), indenização de até R\$ 5.000,00 em caso de qualquer meio eletrônico (valor que varia conforme a situação das redes e de acordo com
- O seguro Dnvat garante indenização de R\$13.200,00 em caso de morte (valor que varia conforme a situação da rede e de acordo com a legislação aplicável).

ATENÇÃO

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

LOCAL: JAGUARUNA-CE - DATA 06/05/2012

RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

PAGAMENTO\CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUANDO O

☐ BANCO 104 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

☐ BANCO 341 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO ITAU

☒ BANCO 001 - AGÊNCIA 5501-2 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA 50340-8

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASILEIRO

☐ BANCO 533 - AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-POUPANÇA

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO BRASILEIRO

BANCO AGÊNCIA (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) CONTA-CORRENTE

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAMOS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

3) O CBF, de acordo com o artigo 1º do Decreto nº 7.000/00, não pode ser utilizado para depósito de valores em nome de terceiros.

5) O CBF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta

com o banco para verificar a validade).

- Conta poupança: é a conta em nome do titular (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta poupança: é a conta em nome do titular (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta tipo FACIL: é a conta em nome do titular (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta tipo FACIL: é a conta em nome do titular (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta conjunta: é a conta em nome de dois titulares (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta conjunta: é a conta em nome de dois titulares (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).
- Conta conjunta: é a conta em nome de dois titulares (não pode ser aceita poupança de terceiros ou conta como representante mensal de até R\$ 5.000,00).

7) Os seguintes documentos são necessários para a regularização do seguro: a) documento de identidade; b) documento de residência; c) documento de renda; d) documento de trabalho; e) documento de estudo.

Para evitar a rejeição do seguro, recomendamos que o titular consulte o site: www.dnvat.gov.br.

Atenção: a Dnvat não é responsável por danos materiais ou morais decorrentes do uso do seguro.

A Dnvat não é responsável por danos materiais ou morais decorrentes do uso do seguro. Este seguro é destinado apenas para a indenização de danos materiais decorrentes de acidentes de trânsito. A Dnvat não é responsável por danos materiais ou morais decorrentes do uso do seguro. Este seguro é destinado apenas para a indenização de danos materiais decorrentes de acidentes de trânsito.

INFORMAÇÕES PARA O SEGURADO

AUTORIZO A SEGURADORA FIDEL DOS CONSORCIOS DO SEGURO Dnvat A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS
AVISOS REFERENTES À INDENIZAÇÃO \ REEMBOLSO DO SEGURO Dnvat DA ÚLTIMA: MARYAM MARSTON DE SOUSA SILVA
CPF\045.310.943-50. PROFISSÃO AGRICULTOR E RENDA MENSAL DE R\$ 2.300,00. NA QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO
EU MARYAM MARSTON DE SOUSA SILVA. PORTADOR(A) DO RG Nº 500.030.030.432. EXCEDIDO POR 2500-CE EM
BOM ESTADO DE SAÚDE NO MOMENTO DA INDENIZAÇÃO NO PAGO.

com dados de terceiros, ainda que este seja o beneficiário. Recomendamos ao beneficiário que consulte o site da Dnvat para obter mais informações.
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dnvat. Nunca

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELO SEGURADOR

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO Dnvat



SECRETARIA DE
28 ABR 2015
SECRETARIA DE



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
DPI/DRB/UPC DE BARREIRA TEL. (85) 3331.1901 - 94029694



BOLETIM DE OCORRENCIA DE Nº1171/2014 (UP/AT/R)

DADOS DA OCORRÊNCIA:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Comunicação que faz

DATA E HORA DA COMUNICAÇÃO: 01/09/2014 às 15h46min

DATA E HORA DA OCORRENCIA: 24/05/2014 às 12h30min

ENDEREÇO DA OCORRENCIA: ST Bento Pereira - Zona Rural - Russas-Ce.

HISTÓRICO:

Informa o noticiante que no dia e local acima referidos seguia de Russas para Jaguaruana conduzindo a Motocicleta Honda/CG 150 TITAN EX, de Placa: OSK-8182-Jaguaruana-Ce; documento em nome do noticiante, quando o pneu da motocicleta derrapou nas pedrinhas da estrada carroçal, desequilibrou-se, perdeu o controle e caiu; Que o noticiante foi para sua residência e minutos depois, devido as fortes dores, procurou atendimento médico no Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação de Jaguaruana-Ce. Nada mais disse, dando-se por encerrado esta ocorrência.

DADOS DO NOTICIANTE:

NOME: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

DATA NASC: 26/06/1990

RG: 2007030030437 SSPDS/CE CPF: 042.319.943-90

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSAO: Agricultor

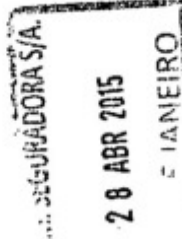
FILIAÇÃO: João Wilton da Silva e Maria Lusinete de Sousa Silva

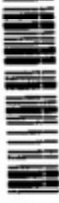
ENDEREÇO: ST Pasta, s/n -Zona Rural - Jaguaruana-Ce.

Assinatura do Noticiante: Willyam Maston de Sousa Silva

Responsável pelo Registro:

Francisco Wellington Cavalcante
MF 12396





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

EU, **WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA**, Portador da carteira de identidade nº: **2007030030437-**, expedido por SSPDS-CE, em data, inscrito no CPF/MF sob nº: **042.319.943-90**, Residente e domiciliado: **SÍTIO:PASTA, Nº 0**, bairro: **ZONA RURAL**, Cidade: **JAGUARUANA**, Estado **CE**. Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que eu resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art.3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

William Maston De Sousa Silva

Assinatura do declarante

Conforme documentação de identificação

Local: **JAGUARUANA** – CE Data: **06/02/2015**





JAGS DOCUMENTO 3 "1390"

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

23

ATENDIMENTO

IMEDIATO
EMERGÊNCIA

VERMELHO

01 HORA
URGÊNCIA

AMARELO

02 HORAS
POUCA
URGÊNCIA

VERDE

04 HORAS
SEM
URGÊNCIA

AZUL

Acidente Automobilístico:

☒ SIM () NÃO

Data: 24/05/14

Hora do atendimento: 13:25

Atendente:

ATENDENTE NO USU
JATIE CRECIA

Nome

Willyam Mestre de Sousa Silva

Idade: 23 Sexo: () F (X) M

Data de Nascimento:

26.06.90

RG/CPF/Outros 207030030437 CADSUS

Filiação:

maria luizete de Sousa Silva

Endereço: stio Pata Branca

PSF: Pata

Nº 115 Telefone

Peso: Kg

PA: 120 x 70 mmHg FC:

ACS: Nível

bpm FR:

irpm

TEMP: 38,3°C

DX:

ATENDIMENTO E CONSULTA

☒ Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento☐ Atendimento de urgência em atenção especializada☐ Atendimento ortopédico com imobilização provisória☐ Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H☐ Consulta Médica Atensão Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica)☐ Consulta Médica em Atensão Básica (Pediatra)☒ Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)☒ Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

Alergias:

Anamnese de Enfermagem:

Fatores de Risco:

Enfermeiro(a):

24 ABR 2015

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

POT - Ataque de pânico de repente diário

1) Amigdalite / 2) Esquiaccos + contusão em
Tórax e Tornozelo

Hipótese Diagnóstica:

1) Benzocetina Urgência

2) Drenagem de abscesso

3) R + de Tórax PT e Tórax D. AP

4) Afecção de Pressão Arterial

☐ Glicemia capilar☐ Administração de medicamentos na Atenção Especializada☐ Inalação / Nebulização☐ Curativo grau I c/ ou s/ debridamento☐ Curativo grau II c/ ou s/ debridamento☐ Retirada de pontos de cirurgias básicas☐ Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora:

Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Assinatura do Paciente

Willyam Mestre de Sousa Silva

Assinatura do Paciente

Avenida Símão de Góis, 1618 - Centro - CEP: 62.823-000 - Jaguaruana/CE
Contato: (88) 3418.1388 E-mail: hospitaldejaguaruana@hotmail.com



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, **WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA**, RG nº **2007030030437-**, data de expedição, Órgão **SSPDS-CE**, CPF nº **042.319.943-90**, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

| | |
|--------------------------------|---|
| Logradouro (Rua/Avenida/Praça) | SITIO:PASTA |
| Número | 0 |
| Apto / complemento | |
| Bairro | ZONA RURAL |
| Cidade | JAGUARUANA |
| Estado | CE |
| CEP | 62823-000 |
| Telefone de Contato | (88) 9986-3427 / (88) 9288-9545 |
| E-mail | ramonbezerra2005@hotmail.com rogers_16@hotmail.com |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JAGUARUANA / CE - 06/02/2015

Assinatura do Declarante: William Maston de Sousa Silva





Jaguariuna

Hospital Maternidade Nossa Senhora da Expectação
S.P.A - Serviço de Pronto Atendimento

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico:

☒ SIM () NÃO

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|----------|---------------------|---------|-------------------------------|-------|-----------------------------|------|
| ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA | VERMELHO | 01 HORA URGÊNCIA | AMARELO | 02 HORAS POUCA URGÊNCIA | VERDE | 04 HORAS SEM URGÊNCIA | AZUL |
|---------------------------------------|----------|---------------------|---------|-------------------------------|-------|-----------------------------|------|

Data: 24/05/14

Hora do atendimento: 13:25

Atendente: ATENDENTE DE MEDICINA
Jane Clecia

Nome: Willyam maston de Sousa Silva Idade: 23 Sexo: () F (X) M

Data de Nascimento: 26.06.90 RG/CPF/Outros: 2007030030437 CADSUS

Filiação: maria luisete de Sousa Silva

Endereço: sítio Pata Branca

Nº 115

Telefone

PSF: Pata

ACS: Nivea

Peso: Kg PA: 120 X 70 mmHg FC: bpm FR: irpm TEMP: 38,5°C DX: mje/di

ATENDIMENTO E CONSULTA

- (X) Atendimento Médico em Unidade de pronto Atendimento
() Atendimento de urgência em atenção especializada
() Atendimento ortopédico com imobilização provisória
() Atendimento de Urgência c/ Observação ate 24H

- () Consulta Médica Atensão Especializada (Cardiologia, Av.Cirurgica)
() Consulta Médica em Atenção Básica (Pediatría)
(X) Consulta de prof. de nível sup na atenção esp (exceto médico)
(X) Atividade educativa /Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas:

DOCUMENTO 4 *T4%



Anamnese de Enfermagem:

Alergias:

ores de Risco:

Enfermeiro(a):

28 ABR 2015

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

por costume dependente do Roto

1 Amigdalite / 2 Esquações + Contusão em
Tolho e Tornozelo

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição de Urgência

1 Benzidol 1g / 2g / 3g / 4g / 5g / 6g / 7g / 8g / 9g / 10g / 11g / 12g / 13g / 14g / 15g / 16g / 17g / 18g / 19g / 20g / 21g / 22g / 23g / 24g / 25g / 26g / 27g / 28g / 29g / 30g / 31g / 32g / 33g / 34g / 35g / 36g / 37g / 38g / 39g / 40g / 41g / 42g / 43g / 44g / 45g / 46g / 47g / 48g / 49g / 50g / 51g / 52g / 53g / 54g / 55g / 56g / 57g / 58g / 59g / 60g / 61g / 62g / 63g / 64g / 65g / 66g / 67g / 68g / 69g / 70g / 71g / 72g / 73g / 74g / 75g / 76g / 77g / 78g / 79g / 80g / 81g / 82g / 83g / 84g / 85g / 86g / 87g / 88g / 89g / 90g / 91g / 92g / 93g / 94g / 95g / 96g / 97g / 98g / 99g / 100g

Atenção de Pressão Arterial

- () Glicemia capilar
() Administração de medicamentos na Atenção Especializada
() Inalação / Nebulização
() Curativo grau I c/ ou s/ debridamento
() Curativo grau II c/ ou s/ debridamento
() Retirada de pontos de cirurgias básicas
() Retirada de corpo estranho da cavidade auditiva

- () Retirada de Cerúmen de conduto auditivo
() Enema
() Sondagem Gástrica
() Drenagem de abscesso

- () Excisão e/ou sutura simples de pequenas lesões
() Exereze de tumor de pele e anexos / cisto sebáceo
() Retirada de corpo estranho subcutâneo
() Excisão e sutura de linfangioma / nevus

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Willyam Maston de Sousa Silva

Assinatura do Paciente

Enf: _____ **Leito:** _____

[illegible]

Encaminhamento/Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura do Paciente



Receituário

ATTESTO QUE O PACIENTE WILLIAM MASTON
 DE SOUSA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE
 COM MOTOCICLETA EM 24/05/2014 COM
 TRAUMA CONTUSO EM JOELHO DIREITO
 E TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO ASSOCIADO
 A LERAS DE TATOS MOLES. SUBMETIDO A
 SUTURA DA LERAS LITAM ACIMA.

ATRAPENTA DOU RESIDUAM EM TORNOZELO
 DIREITO AOS GRANDES FOTÓFOS FÍSICOS.
 E AO REMOVIDOR GRANDES DISTÂNCIAS
 OBSERVA-SE DOU A INVERSA E EVERSA
 DO PÉ DIREITO.

PACIENTE EM ALTA DO SEGUIMENTO
 AMBULATORIAL

31/10/2015

Gerardo A. Carri
 11458

Rua Gerardo Pereira de Melo, 1351 - Centro
 Fone: (85) 99991.7305 - Jaguaruana - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

WILLIAM NASTON DE SOUSA SILVA
 DOCUMENTO / CATEGORIA / BPP
 2007030030437 BPP00 CF

042 319 943-90 26/06/1990
 NOME: JOAO WILTON DA SILVA
 MARIA LUSINETE DE SOUSA SILVA

05213568194 11/01/2018 25/05/2011
 737125575

VALIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL

DOCUMENTO 5 *15%*



SABEM SEGURADORA S/A
 12 0 ABR 2015
 RIO DE JANEIRO RJ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN-CE Nº 011560403424

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA-RENAVAM RUTR.C. EXERCÍCIO
PPT 01 00534687542 000000000 2014

NOME
WILLIAM MESTON DE SOUSA SILVA
JAGUARUANA / CE

PLACA
04231994390

PLACANT/UF
/CE

CHASSI
9C2KC1660DR52H231

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

ANEXO
HONDA/CG 150 TITAN EX

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CAP/POT/CL
ZP/OCV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COTA ÚNICA
VENC. COTA ÚNICA

FAIXA LIPAC
PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

129,04 1,11 4,15 09/04/2014

143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011560403424 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 0/04/2014

VIA COTA-RENAVAM RUTR.C. EXERCÍCIO
01 04231994390 05K8182

CHASSI
9C2KC1660DR52H231

COMBUSTÍVEL
GASOL/ALCO

ANEXO
HONDA/CG 150 TITAN EX

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CAP/POT/CL
ZP/OCV/149CC

CATEGORIA
PARTIC

COTA ÚNICA
VENC. COTA ÚNICA

FAIXA LIPAC
PARCELAMENTO/COTAS

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

129,04 1,11 4,15 09/04/2014

143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

129,04 143,38 292,01

DOCUMENTO 6 105% 9 01/01/2014



12 0 ABR 2015
RIO DE JANEIRO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.240.850/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DOCUMENTO 2 "T2%"



Carta De Reanalise

Declaro para os devidos fins, que eu **WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA** portador (a) da carteira de identidade **2007030030437** CPF: **042.319.943-90**, inscrito sob o sinistro DPVAT de número: **3150/486102** declaro minha insatisfação com a resolução de meu processo e enviado novos documentos médicos que provam minhas sequelas, solicito que seja feita uma REANÁLISE de meu processo e aguardo pericia medica para a minha avaliação.

Sem mais para o momento.

WILLIAM MASTON DE SOUSA SILVA

WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA
24/11/2015

SABEMI SEGURODORA S/A

19.0 DEZ 2015

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3151027187

Cidade: Russas

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: WILLYAM MASTON DE SOUSA SILVA

Data do acidente: 24/05/2014

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CONTUSO EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS.

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO- APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE A DIREITA, LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO E JOELHO DIREITOS EM GRAU RESIDUAL.

Resultados terapêuticos: MEMBRO INFERIOR DIREITO- PACIENTE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ORTOPÉDICO CONSERVADOR MEDICAMENTOSO PARA TRATAMENTO DAS INJÚRIAS EM JOELHO E TORNOZELO DIREITOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 06/01/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: GUSTAVO ADOLFO PEREIRA DA SILVA JUNIOR

CRM do médico: 6302

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau residual - 10 % | 7% | \$945.00 |
| Total | | | 7 % | \$945.00 |

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

