
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190340006

Vítima: SAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SAULO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190340006

Vítima: SAULO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 09/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SAULO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: SAULO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 000008852-2

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0173583119	CPF da vítima: 076.976.476-60	Nome completo da vítima: SAULO PEREIRA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: SAULO PEREIRA SILVA		CPF: 076.976.476-60
Profissão: SERVENTE PEDREIRO	Endereço: RUA JOSEFA CABRAL DE SOUZA	Número: 57 CASA
Bairro: GRAMAME	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58000-000	Tel (DDD): (83) 98651-8167

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1456** ☐ CONTA: **0000 8854 2** ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Local e Data: **JOÃO PESSOA 23/05/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Saulo Pereira Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05524.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05524.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:30 horas do dia 22 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Saulo Pereira da Silva**, CPF nº 076.976.474-60, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves Pereira da Silva e Inácio das Neves Pereira da Silva, natural de Cuité/PB, nascido(a) em 16/10/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Cabral de Sousa, Nº 57, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Próximo a Facene., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98719-8973.

Dados do(s) Fatos:

Local: Perimetral Sul, Próximo a Facene., João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 09/01/19 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

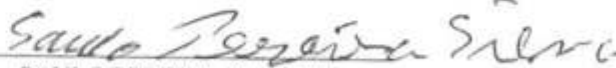
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 09/01/2019 por volta das 13:00 horas quando transitava, pela Perimetral Sul; Valenina, João Pessoa-PB; com o veículo tipo YAMAHA/LANDER XTZ ano e modelo: 2008/2008, de cor vermelha de placa: MOG4483/PB CHASSI: 9C6KG021080033663 pertencente ao declarante; Que segundo o declarante estava pilotando normalmente quando foi atingindo por um carro não identificado que evadiu-se do local, Que foi socorrido pela viatura do BOMBEIRO conforme CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 027/2019, sendo conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIRETO, conforme CERTIDÃO nº 0526/2019 assinado pelo Dra. Rosângela Medeiros Escorel Almeida CRM/PB 3883.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 22 de maio de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


SAULO PEREIRA DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0173583139	CPF da vítima: 076.976.476-60	Nome completo da vítima: SAULO PEREIRA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: SAULO PEREIRA SILVA CPF: 076.976.476-60		
Profissão: SERVENTE PEDREIRO	Endereço: RUA JOSEFA CABRAL DE SOUZA	Número: 57 CASA
Bairro: GRAMAME	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58000-000	Tel. (DDD): (83) 98651-8167

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: 1456	CONTA: 0000 8859 2	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.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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.

Local e Data: **JOÃO PESSOA 23/05/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____
 2º Nome: _____
 CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



VISTO EM: 25/01/2019

Comandante do BAPH

Eduardo B. Alves de Sousa

Major QOBM

Mat. 520.808-4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 25 de Janeiro de 2019.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 027/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 09/01/2019, conforme requerimento nº 031/19, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 14h08min o/a Sr.(a) **SAULO PEREIRA SILVA**, CPF nº 076.976.474-60, vítima de acidente de trânsito (colisão (moto x carro)), ocorrido na Perimetral Sul, Valentina, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo **AB-47**, tendo como chefe o **CABO BM MARCIO BELO DOS SANTOS**, Matrícula 522.178-1 Vítima consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira Governador Tarcsio Burity.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.



JYHARMEDON DISCO A. DE SOUSA

2º TEN - MAT. 027.841-6

Chefe da 3ª Seção

**GOVERNO**
DA PARAIBA

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-000, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: crahbbes@bombeiros.pb.gov.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SAULO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000008852-2

Nr. da Autenticação C5F7346FC41789D8

SAULO PEREIRA DA SILVA
RUA JOSEFA CABRAL DE SOUZA, 51 B - GRANLUS
JOAO PESSOA / PB CEP: 53020-000 (AG 3)

Ligação MONOFÁSICO
Caráter RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Referência Abr/2019
Medidor 0000382801 Emissão: 26/04/2019



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-210 Km 25 - Centro Residencial João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 08.095.190/0001-40 Ins. Est. 15.115.923-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 04-1-25-679
Cód para Deb. Automático: 00014942783

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr / 2019	26/04/2019	28/05/2019	076.976.474-60

UC (Unidade Consumidora): 5/1494278

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009,
informamos a quitação dos débitos referentes aos fatura-
mentos regulares de energia elétrica desta unidade
consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anterior-
es. Esta declaração substitui, para a comprovação
do cumprimento das obrigações do consumidor, as quita-
ções dos faturamentos mensais dos débitos do an-
o a que se refere, e dos anos anteriores.
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinebrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/03/19	8441	26/04/19	8582	1	141	30

Demonstrativo									
CCI Descrição		Quantidade Tarifas Valor Base Ccat. Alq. Icms(R\$) Base Ccat. Pco(R\$) Cntnu(R\$)							
		Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pco(Catco(R\$) (+3045%) (+3055%)							
0601 Consumo em kWh		141,00	0,85	420	129,47	129,47	27	32,52	129,47 1,30 8,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607 CONTRIB SERV LUM PUBLICA		4,82	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 02/2019		0,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 02/2019		2,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2019		1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 129,57 129,47 32,52 129,47 1,30 8,01
Tarifa de Tributos 0,511770

06/05/2019 R\$ 129,57

Histórico de Consumo (kWh)

84 | 102 | 99 | 91 | 87 | 80 | 102 | 100 | 99 | 90 | 133 | 143
Abr/18 Mar/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19

RESERVADO AO FISCO

e425.58bc.ca73.1ed5.acc3.1a45.82c4.4ea5.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	5,12	0,00	NOMINAL	220	Serviço de Dist. de Energia PB	26,61	22,09
DIC TRIMESTRAL	10,25				Compra de Energia	40,91	31,60
DIC ANUAL	20,77				Serviço de Transmissão	4,45	3,45
PIC TRIMESTRAL	9,30	0,00	CONTRATADA	337	Encargos Setoriais	6,77	5,22
PIC ANUAL	18,60		LIMITE APLICADOR	337	Impostos Diretos e Encargos	48,93	37,79
DMC	12,22	0,00	LIMITE SUPERIOR	337	Outros Serviços	0,17	0,00
DICI	12,22				Total	129,67	100,00

Valor do FUSO Ref 2/2019: R\$40,21

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DÉBITOS ANTERIORES, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o término do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vigente e não paga. Atenciosamente, #Clique na Identidade Trabalho

Mar/19 129,07

PARAIBA

06/05/2019 R\$ 129,57
Matricula: 1494276-2019-04-3
836600000001-9 29570149000-1 14942782019-1 04300005019-5



CERTIDÃO

Nº. 0526/2019

Atendendo solicitação de **SAULO PEREIRA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 196356 e Prontuário nº 2019.01.001009 pertencente ao requerente foi atendido dia 09/01/2019 às 14H52min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 17/01/2019 com alta médica dia 17/01/2019.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Jaqueline Pereira de Brito PRONTUÁRIO Nº: 389
IDADE: 38 ANOS SEXO: M COR: M ETNIA: Br RNF: 17/1/19 LEITO: 17/1/19

DATA DE ADMISSÃO: 9/1/19 DATA DE ALTA: 17/1/19 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 8 dias

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fútil radi- CID:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: arital

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES:

PROCEDIMENTO REALIZADO: R.

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: Receita cirúrgica

ANATOMIA PATOLÓGICA: exame

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA: Dr. Roberto Santos

COLITA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO: Receita cirúrgica

HISTÓRIA: EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÃO: Dr. Roberto Santos

DIETA: Receita cirúrgica

REPOUSO: Receita cirúrgica

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Receita cirúrgica

MEDICAÇÕES PARA CASA: Receita cirúrgica

RETORNO: Receita cirúrgica

DATA: 17/1/19

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO

TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



Dr. Roberto A. Santos
ASS. MÉDICO/CRM 1500

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

paciente e auxiliando

do corpo desnudo
de acordo com a

lesões fraturas

marcas 3/5 em 1

fratura frida no

2.º D.

lesões

de pele frida de
artéria radial



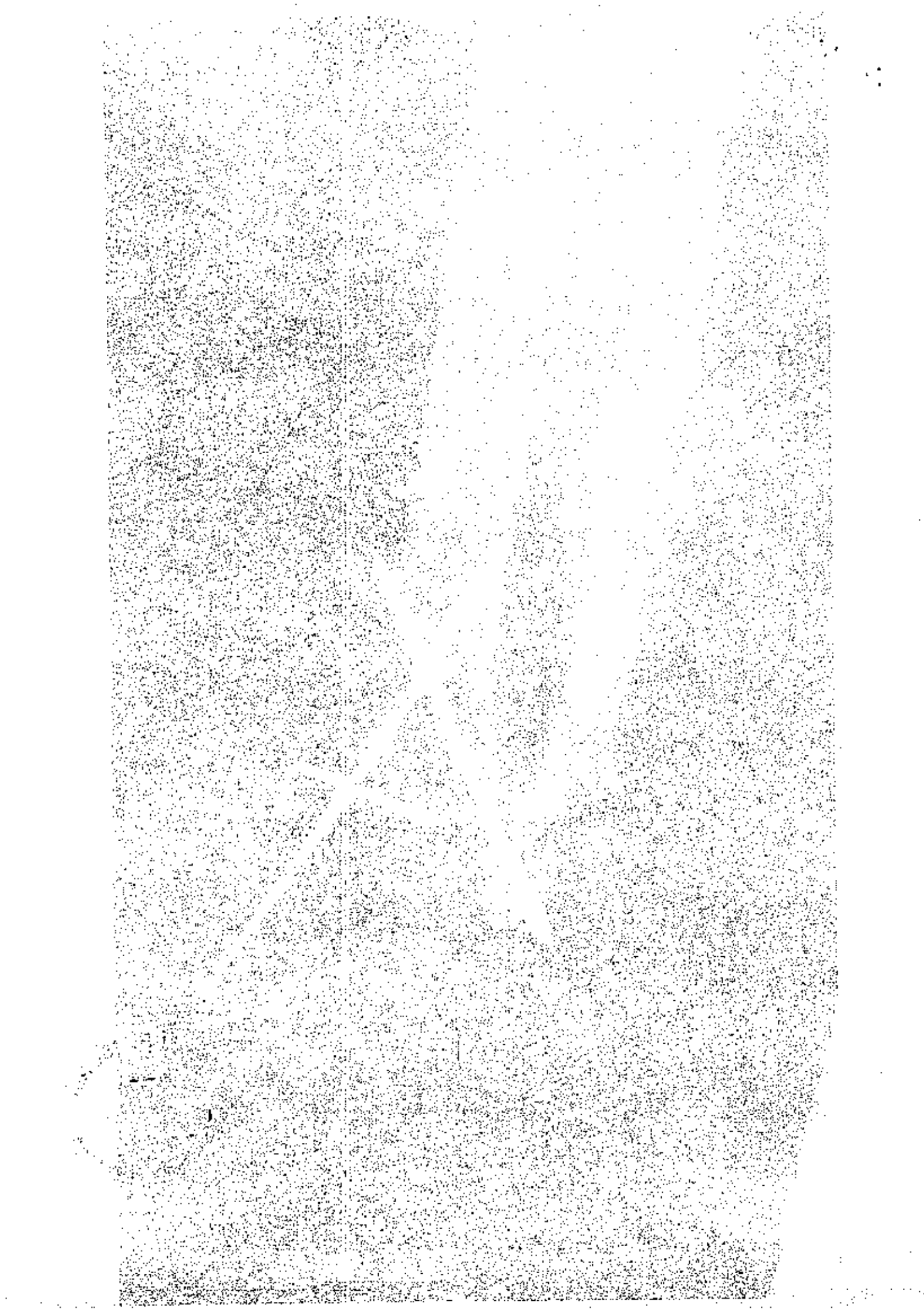
X

















Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Ex Radw*

Conduta: *Ex Radw*



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Saulo Data da Admissão: 09/01/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Doença

HDA: Doença

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ____ Kg em ____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidade
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

5084

DESTINO DO PACIENTE
[] Residência
[] Alta a pedido
[] Enfermaria

[] Transferido
[] Distância
[] UTI
[] Atestado [] SVO [] IML
Obito: []

PROCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ Liberação

Onde Medicamentos Dose Horário Evolução

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

REPÚBLICA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOÃO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 196356 Atd: Nao Regulad
Data: 09/01/2019
Hora: 14:52:52
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALM
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SAULO PEREIRA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.01.001009

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3133789 Fone: 987198973

Natural: CUI/TE/PB Data Nasc.: 16/10/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA JOSEFA CABRAL DE SOUZA, 57

Bairro: GRAMAME Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA DAS NVES PEREIRA DA SILVA

Pai: INACIO SOARES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE OBRAS

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: SAULO PEREIRA SILVA

Te. oc. Responsavel: 987198973 / IDENTIDADE: 3133789

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: COLISAO CARROX MOTO - SO - CONDUTOPR

Vitima de violência por: PX A RESIDENCIA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

McC. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

TRAUMA EM MSD

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

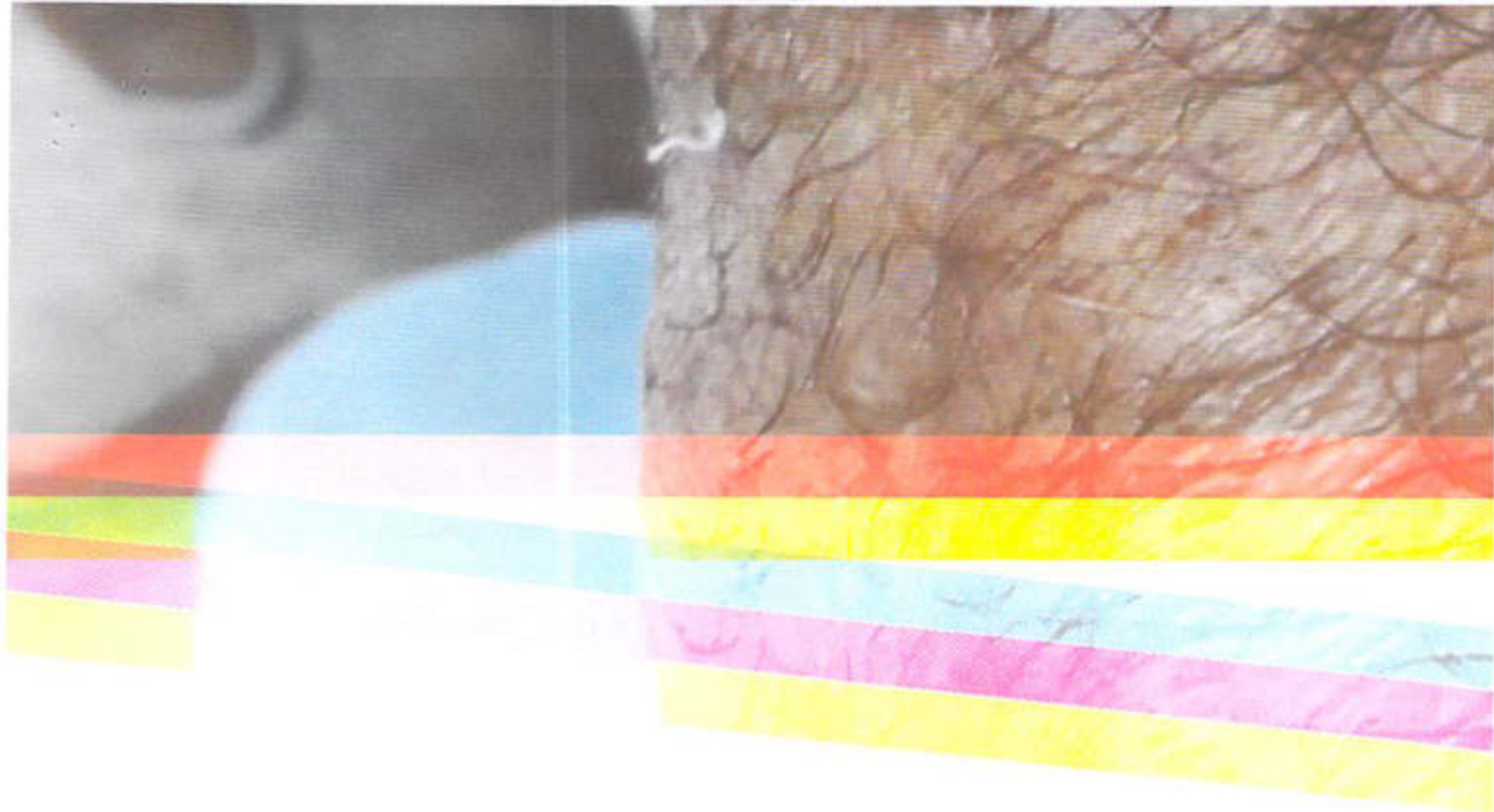
Conduta

Prescricao

Horario da medicacao









RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

1/ Filho

12 anos

*1/ cafezinho - 2x
5 anos - 1x - 2x
6/10h, de 10
11/12h de 10*

*2/ 1/12h de 10
5 anos - 1x - 2x
12/12h*

*Dr. Roberto A. Santos
Otorrinolaringologista
CRM 24.157*

Assinatura e Carimbo





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

paciente e anestesia

Incisão:

do corpo quadrado
de acordo com o tipo

Achados:

lesões frías

marcas 3/5 em 1

Conduta:

fr de frida no
2.º D.

lesões

de fr de
a 2.º D. no 1.º D.

Fechamento:

OBS:



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Saulo Pereira</u>		Registro: <u>12345</u>	
Idade: <u>36</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>br</u>	Clínica: <u>1</u>
Data: <u>17/11/15</u>	Cirurgião: <u>Dr. Roberto</u>	EMP: <u>1</u>	LR: <u>1</u>
2º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>		3º Assistente: <u>Dr. Roberto</u>	
Anestesista: <u>Dr. Volpato</u>		Tipo Anestesia: <u>Alto</u>	
Instrumentador: <u>Dr. Roberto</u>		Horário: <u>1</u>	T: <u>1</u>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
<u>Fratura radiográfica</u>			
<u>direita</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
<u>Redução e fixação</u>			
<u>com placa</u>			
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADADES

DETTRAN - PB Nº 013930676736

CERTIFICADO DE REGISTRO E HOMOLOGAÇÃO DE VEÍCULO

PRF 20180000177555-0

EXERCÍCIO 2018

DATA EMISSÃO 03/05/2018

PLACA MGT / UF PB

NOVO

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APIC

YAMAHA/LANDER XT250

2008

2008

VERMELHA

2 P/249 /CI

09/00/0000

0

03/05/2018

03/05/2018

32280

BAYEUX-PB

2656

DETRAN

CONTRAN

2656-0839500-20180503

CNPJ 09.246.808/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DATA DE QUITAÇÃO 02/05/2018

PARCELADO

SEGURO

PREMIO TARIFARIO

2008

9

07697647460

03/05/2018

2018

MOGA4483/PB

00128777974

YAMAHA/LANDER XT250

2008

9C6KG021080033663

2008

00128777974

YAMAHA/LANDER XT250

2008

9C6KG021080033663



www.seguradoralider.com.br

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

SAC DPVAT 0800 022 1204

PB Nº 013930676736 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SAULO PEREIRA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 09.05.2019 CPF DA VÍTIMA 076.976.476-60
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOSEFA CABRAL DE SOUZA
 Nº 57 COMPLEMENTO CASA BAIRRO GRAMAME
 CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58000-000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 98651-8167

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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA 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 FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 - COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 - PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA JOÃO PESSOA 23/05/19
 IDENTIDADE RG-3.133.789-5 SP/PB
 ASSINATURA Saulo Pereira Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23 MAIO 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190340006 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0173583/19

Vítima: SAULO PEREIRA DA SILVA

CPF: 076.976.474-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/01/2019

Titular do CPF: SAULO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

SAULO PEREIRA DA SILVA : 076.976.474-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/05/2019
Nome: SAULO PEREIRA DA SILVA
CPF: 076.976.474-60

SAULO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190340006 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SAULO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 09/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PROCEDIMENTO CIRÚRGICO - PÁGINA 03.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50