

---

**Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190487207**

**Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MURILO GALDINO 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, 21 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190487207                      Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 22/10/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190487207                      Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 22/10/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MURILO GALDINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 29 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190487207**

**Vítima: MURILO GALDINO DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/10/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MURILO GALDINO 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MURILO GALDINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000042**

Conta: **0000066567-4**

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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **05844571460** **Murilo Galdino da Silva**

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

5 - Nome completo: **Murilo Galdino da Silva** 6 - CPF: **05844571460**  
7 - Profissão: **Recuse** 8 - Endereço: **Rua Julia Costa** 9 - Número: **38** 10 - Complemento:  
11 - Bairro: **Centro** 12 - Cidade: **Duas Estradas** 13 - Estado: **PR** 14 - CEP: **58265000**  
15 - E-mail: **(83)986634900**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0042** CONTA: **466567** 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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não: 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Inicial da vítima

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1ª | Nome: **COMPRE / SEGURO**  
CPF: **19 ABU 2019**

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:  
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **João Pessoa - PB 06/08/19**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# 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:

4 - Nome completo da vítima:

05844571460 Murilo Galdino da Silva

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

15 - E-mail:

Murilo Galdino da Silva

Recuso

Rua Julia Costa

Centro

Duas Estradas

PR

15 - E-mail:

(83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0042

CONTA:

66567

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.

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ 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 dolo ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
26 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

DATA DA ABERTURA: 07/08/2019  
CONTA DV: 000.000.000.567-4  
OPERACAO: 013  
AGENCIA: 0042  
NOME: MURILLO GALDINO DA SILVA  
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POU CAIXA FACIL  
CONTROL: 2191111  
LOCALIDADE: GUARABIRA  
AG. VINCULADA: 0042  
13.04617.0  
12/08/2019

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

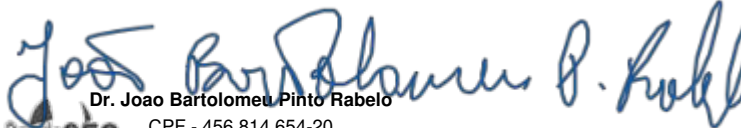
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190487207  
Nome do(a) Examinado(a): Murilo Galdino da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Julia Costa, 38  
Centro Duas Estradas PB CEP: 58265-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 003961314  
Data local do acidente: [ 22/10/2017 ]  
Data local do exame: [ 13/09/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DO QUADRIL EM 23/10/2017, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS NO ACETÁBULO REALIZADO NO DIA 25/10/2017, FEZ DIVERSAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: LESÃO DE NERVO FIBULAR COM DEFICIT DE EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E PÉ ESQUERDO, COM MARCHA ESCARVANTE.**  
**Data da Alta: 16/03/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
(X) Sim ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
(X) Sim ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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"<br>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias | ( ) "Sem seqüela permanente"<br>(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):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2018  
Ocorrência nº. 42/2018

Aos DOZE dias do mês de SETEMBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de DUAS ESTRADAS/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) Ad-Hoc do seu cargo HUGO DE AZEVEDO ALVES, aí, por volta 11h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MURILO GALDINO DA SILVA, conhecido por MURILO, Identidade nº 003.961.314-ITEP/RN, CPF nº 058.445.714-60, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: garçom, filho(a) de José Arnaldo Galdino Da Silva E De Severina Maria Galdino Da Silva, natural de Duas Estradas/PB, nascido(a) em 26/09/1983 (34 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Julia Costa, Nº: 36, Centro, Duas Estradas/Pb, tendo como ponto de referência: Proximo a estação, na cidade de DUAS ESTRADAS/PB, fone(s) para contato: 083 99330-5941.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRANSITO;
- 2) DATA DO FATO: 22 de outubro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 15h:0min;
- 4) LOCAL: RODOVIA QUE LIGA DUAS ESTRADAS/PB A SERTÃOZINHO/PB, ENTRADA DO ENGENHO SERRA LIMPA.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE na data e hora supra citada conduzia uma motocicleta no sentido de Duas Estradas/PB a Sertãozinho/PB, quando na curva que fica na entrada do Engenho Serra Limpa, perdeu o controle da moto e caiu no acostamento da rodovia; QUE estava só no momento do acidente tendo sido socorrido por um sr conhecido por "MABILIO" residente proximo a curva onde ocorreu o acidente; QUE sofreu varias escoriações tendo fraturado a perna esquerda; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Guarbira passando neste todo o dia de Domingo, sendo transferido somente no dia seguinte, para o Hospital de Traumas de João Pessoa/PB, onde foi submetido a intervenção cirurgica; QUE a Motocicleta era uma HONDA/CG 125 TITAN KS, VERMELHA, 2002/2002, PLACA NQA2433/PB, CHASSI: 9C2JC30102R184002, EM NOME DE JAILSON PAULINO DOS SANTOS; QUE não Possui CNH e disse ao proprietario da motocicleta que era Habilitado; QUE veio a DP registrar ocorrencia para fins de Seguro DPVAT.

6) OBSERVAÇÕES:

não consta.

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

MURILO GALDINO DA SILVA  
Comunicante

HUGO DE AZEVEDO ALVES  
Agente de Investigação  
Matrícula nº 157.349-7

COMPREV  
19 Ago. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



# 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: 05844571460 3 - CPF da vítima: 05844571460 4 - Nome completo da vítima: Murilo Galdino da Silva

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

5 - Nome completo: Murilo Galdino da Silva 6 - CPF: 05844571460  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Julia Costa 9 - Número: 38 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Duas Estradas 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58265000  
15 - E-mail: (83) 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal:  
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0042 CONTA: 466567 4  
AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Inicial da vítima

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: COMPRE / SEGURO: 19 ABR 2019

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 06/08/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





COMPLEXO DE SAÚDE DE GUARABIRA

Onf: Arilla

## FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: Cruz VermelhaDO HOSPITAL: Regional de GuarabiraPARA O HOSPITAL: Tronca de São PedroMÉDICO ASSISTENTE: Artur de Andrade Sales DATA: 22, 10, 19

## IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: Mirley Galvão da Silva

SEXO: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ DOCUMENTO: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Paciente com história de hipertensão com uso  
de medicamentos, arterial, glicemia 15. ABII  
normal. Insuficiência + fratura em quadril (12)

## MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

Digoxina + C. Tiazepina

## DIAGNÓSTICO:

PROVÁVEL: Politraumático

CID: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):

Artur de Andrade Sales  
MÉDICO  
CRM 8671

COMPREV  
19 Abr. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

# 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: 24/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: MURILO GALDINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000066567-4

---

Nr. da Autenticação 37C3C6B9EC66E25A



# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é secundária de conta.

Bolero para simples pagamento da nova fatura de energia elétrica. Nº 028.525.284

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

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>		
SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA RUA JULIA COSTA 36 DUAS ESTRADAS		5/431731-9		
<b>REFERÊNCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
JUL/2019	24/07/2019	94	31/07/2019	R\$ 99,08

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 04257.249179 6 79670000009908				
Pagador: SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA CNPJ/CPF: 047.487.114-26				
RUA JULIA COSTA 36 - CENTRO - DUAS ESTRADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004257249	000431731201907	31/07/2019	R\$ 99,08	
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: 3054-3/2447-3				



Emissão 28/07/2016 Referência Jul/2016  
 Classe/Subclasse RESIDENCIAL/RESIDENCIA  
 Rateio: 16 - 32 - 330 - 210 Nº incidentes

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Km-25 - Cx. Postal - João Pessoa/PB - CEP 58071-900  
CNPJ: 06.895.182/0001-40 - Ins. Est. 16.245.203-0

Nota Fiscal Contas de Energia Elétrica Nº 010.000.405  
Cód. para Deb. Automático: 00004317219

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	26/07/2018	27/08/2018	474.971.142-6

UC (Unidade Consumidora): 5/431731-9

Canal de contato

Mai  
di  
Magma

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/06/18	5097	26/07/18	5190	1	102	30
Demonstrativo						
C01 - Demora		Quantidade - Valor	Valor Base Con.	Imp. Transf. Base Calc.	Imp. Ret.	Imp. Debitado
		Totais Totais (R\$)	CMOPAR - CMOP	Fatores (R\$) (1.00400) (0.00000)		
0801	Consumo em kWh	103.000,00 226295	72,12	72,12	37	20,45
0001	Adic. B. Vemetez	7,69	7,69	27	2,37	7,69
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0004	JUROS DE MORA 05/2018	1,11	0,00	0	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018	1,31	0,00	0	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	2,08	0,00	0	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do item T12743

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**  
**02/08/2018**

**TOTAL A PAGAR**  
**R\$ 88,91**

COMPREV

<sup>12</sup>COMPRESSE E SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 АБУ. 2019

Histórico de Consumo (kWh)

Historico de Consumo (kWh)											
100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111
Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18
120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131

e858.ad30.b5a1.577c.3f9f.4f99.4ebf.2117

Indicadores de Qualidade		5/2018 - Data base	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO		1,58	
DC TRIMESTRAL	14,53		
DIANAL	28,06		
RICMENSAL	2,49		
PI TRIMESTRAL	8,97	1,00	
PIANAL	19,95		
DMC	4,14		
DIAR	12,32	1,55	
			MMIAL 200
			CONTRATADA
			LIMITE INFERIOR 200
			LIMITE SUPERIOR 251

Water of Diss. (Ref. 5/22/83) R# 26.25

**ATENÇÃO**

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso o(a) beneficiário(a) de 400 reais/mês seja permanência em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/08/2016. Conforme Resolução 414 da ANEEL, o pagamento desta taxa não garante a possibilidade de manter suspenso o fornecimento caso o mesmo não seja comunicado antes.

**Faturas em atraso**  
Jun/18 109,51

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jackson Paulino dos Santos,  
RG nº 1694223, data de expedição 20/02/1992  
Órgão SSP-PB portador do CPF nº 929.123.974-12 com  
domicílio na cidade de Duas Estradas no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
São Francisco, nº 429,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Munilo Galdino da Silva cujo o condutor era  
Munilo Galdino da Silva

Veículo: moto  
Modelo: HONDA / CG 125 TITAN  
Ano: 2002/2002  
Placa: NAA 2433 / PB  
Chassi: 9C23C30102 R184002  
Data do Acidente: 22-10-17  
Local e Data: hanga de dentro, 24-07-19

Jackson Paulino dos Santos  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



☒ Autenticidade  
Reconheço a Firma Jackson Paulino dos Santos  
do(a) Declarante  
do(a) Declarante  
Lagoa de Dentro, 24-07-2019

Selo Digital Nº AEX01652-  
Consulte autenticidade em:  
[HTTPS://selodigital.tjpb.jus.br](https://selodigital.tjpb.jus.br) 4091

Raquelina Vieira de Oliveira  
Oficiala







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MURILO GALDINO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	26/09/83
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	104.992
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.036.139
DATA DO ATENDIMENTO	23/10/17
HORA DO ATENDIMENTO	05:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO + LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO
CID 10	S73.0 + S32.4

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta consciente, orientado, com trauma no membro inferior esquerdo, dor no quadril esquerdo e impotência funcional. Presença de fratura do acetábulo esquerdo + luxação do quadril esquerdo. Internação para cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de coluna lombossacra  
RX de torax  
RX de bacia RX de coxa esquerda

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de acetábulo esquerdo  
Luxação do quadril esquerdo.

### TRATAMENTO:

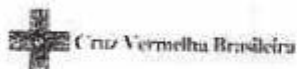
Tratamento cirúrgico de fratura do acetábulo esquerdo. Tratamento de luxação do quadril esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 27/10/17  
DATA DA EMISSÃO: 28/03/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1036139



### Identificação do paciente

ID 1222733	Nome MURILO GALDINO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 26/09/1983	Idade 34 anos 27 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe SEVERINA MARIA GALINO DA SILVA	Pai JOSE ARNALDO GALDINO DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EULA PAULA - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991077196	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
Local de procedência DUAS ESTRADAS	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade DUAS ESTRADAS	CBO/R

### Endereço

CEP 58265000	Município de residência DUAS ESTRADAS	UF PB	Logradouro JULIA COSTA
Número 38	Complemento	Bairro CENTRO	

### Admissão

Data e Hora 23/10/2017 05:55:41	Número da pulseira 1000005994358	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

### Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir

Paciente vítima de queda de moto, consciente e  
lúcido, com lesões em MIE, aguarda exames.

Juarez J. J. de  
Enfermagem  
CORES-PB

22/10/2017 05:55:41

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-010

Tel: 32165700

CNES:

Paciente <b>MURILO GALDINO DA SILVA</b>	BAE <b>1036139</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2017 05:55:41</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>26/09/1983</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>SEVERINA MARIA GALINO DA SILVA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 991677195</b>
Endereço <b>JULIA COSTA, 36</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>DUAS ESTRADAS</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>23/10/2017 05:55:41</b>		Data/Hora Prescrição <b>23/10/2017 08:47:22</b>	Nº Cons. Regional <b>6913/PB</b>
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

**Anamnese**

pct com historia de acidente de moto queixa-se de dor no quadril esq  
ef edema + impotencia funcional quadril esq  
ferimento cortocontuso no joelho esq  
rc fratura luxação acetabulo  
fratura lombar?  
solicito tc de coluna lombar  
encaminhar ao BC para redução do quadril + TTE e internamento

**EXAME DE IMAGEM**

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE

**Conduta**

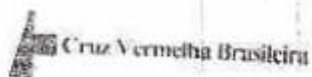
Em observação

*Dr. Alisson F. F. Vieira*  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 6913 / CRM-PE 17606  
5801-2614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA  
(6913/PB)

MURILO GALDINO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOV  
DA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impressão  
HENRIQUE  
RAMALHO  
Em: 26/10/2017

Paciente <b>MURILO GALDINO DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1036139</b>	Data/Hora Entrada <b>23/10/2017 05:55:41</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>26/09/1983</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700406976582542</b>
Tempo de Internação <b>2d 20h 16min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>104992</b>	Plantão <b>DIURNO</b>

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO - 26/10/2017 08:24:07)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

1DPO-OSTEOSSINTESE DE FRATURA-LUXAÇÃO DE ACETABULO ESQUERDO.  
ESTAVEL

CD: MANTER ANTIBIOTICO

Pr: CURATIVO

João Henrique Arruda  
Ortopedia Traumatologia  
CRM 141.227 TEOT 13274

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9010  
Profissional responsável pela informação: JOAO HENRIQUE ARRUDA RAMALHO

Número Conselho: 7746



**SUS**

Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HEETSA Huemara

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HEETSA Huemara

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Murilo Goldim da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

8 - N° DO PROJ

103015

9 - SEXO

MASC

1

FEM

10

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS AS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

compaz.

ex. 35.

Placa 1,3 Tubo n° 4-1 n° 6-1

Parafusos cortical 3,5 n° 20L n° 221 n° 18 n°

Parafusos esponeros 4.0 euro n° 351 n° 301

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF



44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS

( ) CPF





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



HECTSIL

Nome: Marcelo Galvão de Silva BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 25/10/2010

Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura - luxação de Acetábulo

Cirurgião: Dr. Umberto Toren 1º Assistente: Dr. Galvão

2º Assistente: Márcio Tullio 3º Assistente: M.R. Lido, mais

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>② Fratura - luxação de Acetábulo ⑤</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>① Tratamento cirúrgico de Fratura - luxação de Acetábulo ⑤</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 25/10/2010



# Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Murilo Galdino da Silva

IDADE: 32 ANOS BE 1036134 INFERMARIA: LETO

CIRURGIÃO: Dr. Eduardo Hat de Azeiteiro

CIRURGIÃO: Dr. Humberto Gomes da Silva + Dr. Santiago + Raul

ANESTESIA: Raqui

ANESTESISTA: Dr. Nivaldo + Dr. Roberto R.

INSTRUMENTADOR: Yorineide Costa

DATA: 15/10/1981 TEMPO CIRÚRGICO: 12:30 ANESTESIA: INÍCIO: 12:30 CIRURGIÃO: BICO: 15:00 FIM: 15:00

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
RUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
ETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE NYLON Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
OMIDATO		LÂMINA BIS TÜR Nº11		FIO DE NYLON Nº	
NOBARBITAL		LÂMINA BIS TÜR Nº13		FIO DE NYLON Nº	
ETANILA		LÂMINA DISTÜR Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
MAZENIL		LÂMINA DISTÜR Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NIMBÍUM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CUP TITÂNIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PRÓTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
DIPÍRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS C/ LIG. C/ GEL		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCAÍNA GELÉIA		ELETRODOS		PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PLASIE		EQUIPO TRANSF. SANGUE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		ASPIRADOR	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		EXTUR. ELÉTRICO	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		CAPNÓGRAFO	
		GAZES		CARDIOMONITOR	
		GAZES ALGODONADAS		DESBILADOR	
		GEL ELETROLÍTICO		ECO AUXILIAR	
		JELCO Nº14		FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº15		MICROSCOPIO	
				OXÍMETRO DE PULSO	
				P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				PERFUSOR ELÉTRICO	
				SERRA	

CIRCULANTE







DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal Horizontal
- Gola cervical
- Assépsia + Antiséptico
- Proteção de membros cirúrgicos

Incisão:

- Incisão vertical + lateral de Enodril (E)

Achados:

- Fratura - luxação de acetábulo (E)

Condução:

- Redução + Hemostase Cirúrgica
- Visualização direta da fratura - acetábulo (E)
- Redução da fratura
- Fixação de coluna posterior do acetábulo com 6 placas tipo de Lave de 6 e 8 furos e fixação com 2 parafusos interpenetrantes
- Hemostase
- Lavagem de ferida com S.F. 99%

Fechamento:

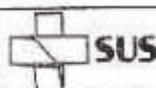
- Fechamento por planos
- Curativos intermédios
- Curativo + controle

Observação:

João Pessoa, 25/10/2010

Médico/CRM: \_\_\_\_\_





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - FUM.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO I

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

( ) CNS ( ) CPF

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Roberto de Souza  
Oto - Traumatologia  
CRM-PB 1560





CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Murilo galdino de Lima BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: 34a Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 23/10/14  
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Transfusão de sangue MIE -  
 Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Dr. Victor (R1)  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Marcos Vinicius  
 Tipo de Anestesia: Leve de eq Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura acetábulo E+</u>	
<u>Fratura quadril E-</u>	
<u>Fratura no fêmur</u>	
<u>perna E-</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sistema</u>	
<u>Transfusão de sangue</u>	
<u>no nível do fêmur distal E</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☐ Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☐ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☐ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Roberto A. Santos  
Orto - Traumatologia  
CRM 4550

João Pessoa, 23/10/14





## Nota de Sala Cirúrgica

Nº 1041

Nome do Paciente: Marcelo Baldino da Silva BE 1036139

IDADE: 34 ANOS PRONTUÁRIO: 11 ENFERMARIA: 11 LEITO: 11

CIRURGIA: Tratamento cirúrgico + tratamento de quadrel (E)

CIRURGIA: de 105 cm + 10 cm de tecido mole R1

ANESTESIA: Medicada

ANESTESISTA: Dr. Marcos Vinicius

INSTRUMENTADOR: Dr. 16

DATA: 22/16 TIPO CIRÚRGICO: 11 ANESTESIA: INÍCIO: 11 FIM: 00 CIRURGIA: INÍCIO: 11 FIM: 20

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

CEPAL DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 30	02
MIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
PERIBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23	01	FIO POLILACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLILACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATÓMO		FIO POLILACTINA Nº	
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOPRIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR.	06	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCÁINA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	02	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	02	FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDÍACA	
NEBUPRIM		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CAJETER DE PIC	
PETIDINA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPORFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LITADURA	
RAMPENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML	01	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML	02	FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML	02	GRANPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA/P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ORENALINA		CÂNULA P/TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
UA DESTILADA		CAJETER DE OXIGÊNIO	01	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CAJETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		KIT. PAM	
BEXTRA		CAJETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA		CAJETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
XAMETASONA		CAJETER EPIDURAL Nº18		PARAFUSOS CORTICAIS	
PIRONA SÓDICA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS ESPONJOSO	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	05	PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		PARAFUSOS MALEOLAR	
GLUCONATO DE CÁLCIO		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		PLACA	
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS	05	PLACA	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		EQUIPAMENTOS	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		( ) ASPIRADOR	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICRODOTAS		( ) BISTURI ELÉTRICO	
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI		( ) CARNOGRAFO	
TEMOXICAN		ESPARADRAPO		( ) CARDIOMONITOR	
		GAZES	06	( ) DESFIBRILADOR	
		GAZES ALGODADAS		( ) FOCO AUXILIAR	
		GEL ELETROLÍTICO		( ) FOCO CENTRAL	
		JELCO Nº14		( ) MICROSCOPIO	
		JELCO Nº16		( ) OXÍMETRO DE PULSO	
		GAZES 500	01	( ) INVASIV. INVASIV.	
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO	
				( ) SERRA	
				( ) CIRCULANTE	

Assinatura: Dr. Marcos Vinicius

FUND. ASSOC. 11



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	<p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p>
Achados:	<p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p>
Conduta:	<p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p> <p>Incisão em Z-plastia</p>
Fechamento:	
Observação:	

Médico/CRM:

*[Assinatura]*

Dr. Roberto A. Santos  
Otorrinolaringologista  
CRM 15.600

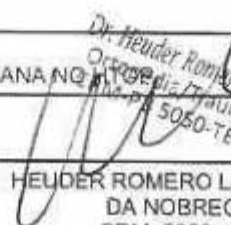
João Pessoa 22/10/11



## Documento de Alta

<b>Nome:</b> MURILO GALDINO DA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 104992
<b>Data de:</b> 26/09/1983	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data da Internação:</b> 23/10/2017 12:12:44	<b>Data de Alta:</b> 27/10/2017 08:04:57
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO			
<b>Resumo da Internação:</b> EVOLUI BEM NO PÓS OP COM FO LIMPA SEM SINAIS DE INFECÇÃO, RECEBENDO ALTA MÉDICA EM BOAS CONDIÇÕES.			
<b>Resultado de Exames:</b> OK			
<b>Tratamento:</b> TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO			
<b>Diagnóstico:</b> S32.4 - Fratura do acetábulo			
<b>Recomendações:</b> PACIENTE OPERADO PELO DR UMBERTO JANSEM. MARCAR RETORNO COM UMA SEMANA NO			

Data: 27/10/2017

  
Dr. Heuder Romero Liberalino da Nobrega  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 5050-TEOT 6511  
HEUDER ROMERO LIBERALINO  
DA NOBREGA  
CRM: 5050 - PB

# Relatório de Eletroneuromiografia

**Paciente:** MURILO GALDINO DA SILVA, 34 anos

**Data:** quarta-feira, 20 de junho de 2018

HOSPITAL CLEMENTINO FRAGA

**Médico Solicitante:** DR. LEOPOLDO

APARELHO NEURO-MEP MICRO

## História Clínica:

ACIDENTE DE MOTO EM OUTUBRO/2017 COM FRATURA DE ACETÁBULO. DESDE ENTÃO COM DÉFICIT NA DORSOFLEXÃO DO PÉ ESQUERDO.

## ACHADOS RELEVANTES: EXAME REALIZADO EM MEMBROS INFERIORES

### **ESTUDO DE CONDUÇÃO MOTORA**

O NERVO FIBULAR ESQUERDO NÃO EVIDENCIOU RESPOSTA; A DIREITA SE REGISTROU ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL, AMPLITUDE E VELOCIDADE DE CONDUÇÃO NORMAIS, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO EXTENSOR CURTO DOS DEDOS, ESTÍMULOS NO TORNOZELO, CABEÇA DA FIBULA E FOSSA POPLÍTEA; OS NERVOS TIBIAIS DEMONSTRARAM ONDA M COM LATÊNCIA DISTAL E AMPLITUDE NORMAIS, COM CAPTAÇÃO NO MÚSCULO ABDUTOR DO HÁLUX, ESTÍMULOS EM MALÉOLO MEDIAL; DISCRETA REDUÇÃO (INFERIOR A 20%) DE AMPLITUDE A ESQUERDA EM RELAÇÃO AO LADO DIREITO;

### **ESTUDO DE CONDUÇÃO SENSITIVA**

O NERVO SURAL ESQUERDO DEMONSTROU AMPLITUDE REDUZIDA E O NERVO FIBULAR SUPERFICIAL NÃO APRESENTOU RESPOSTA;

### **RESPOSTA TARDIA**

AS ONDAS F DO NERVO TIBIAL MOSTRARAM LATÊNCIAS MÍNIMAS NORMAIS, COM PERSISTÊNCIA PRESERVADA, SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA ENTRE OS LADOS;

### **ELETROMIOGRAFIA COM USO DE AGULHA MONOPOLAR DESCARTÁVEL**


O EXAME DE AGULHA REVELOU ATIVIDADE DE INSERÇÃO NORMAL, SEM ATIVIDADE ESPONTÂNEA DURANTE O REPOUSO; COM O ESFORÇO MUSCULAR MÍNIMO, ISOLADO POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA ESTÁVEIS, COM DURAÇÃO AUMENTADA NOS MÚSCULOS GASTROCNÊMIO MEDIAL (S1,S2-NERVO TIBIAL), CABEÇA CURTA DO MÚSCULO BÍCEPS FEMORAL (L5, S1- NERVO FIBULAR); OS MÚSCULOS TIBIAL ANTERIOR (L4,L5-NERVO FIBULAR) E EXTENSOR CURTO DOS DEDOS (L5,S1-NERVO FIBULAR) NÃO APRESENTARAM POTENCIAIS DE UNIDADE MOTORA,

## CONCLUSÃO:

SINAIS DE LESÃO AXONAL GRAVE DO NERVO FIBULAR COMUM ABAIXO DO NÍVEL DA FOSSA POPLÍTEA, SEM SINAIS DE REINERVAÇÃO.

## COMENTÁRIOS:

NÃO SE PODE AFASTAR, CORRELACIONANDO COM A HISTÓRIA CLÍNICA E CRONOLOGIA, APESAR DE POTENCIAIS REGISTRADOS NO MÚSCULO BÍCEPS FEMORAL (CABEÇA CURTA), COM CARACTERÍSTICAS DE PROCESSO NEUROGÊNICO DE REINERVAÇÃO, COMPROMETIMENTO PRIMÁRIO MAIS PROXIMAL DO NERVO CIÁTICO (PORÇÃO FIBULAR), POIS NÃO HÁ MAIS ATIVIDADE DE DESNERVAÇÃO NOS MÚSCULOS AVALIADOS.

  
DR. RICARDO CARVALHO  
NEUROCIRURGIJA/ELETRONEUROMIOGRAFIA  
CRM 6628



### Condução Motora (Direita)

Teste	Pto. Estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
<b>direita, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>										
6	cabeça da fibula	2,6	4,4	8,95	16,9	23	0,2	80		
	fossa poplíteia	4,1	4,0	8,85	14,4	23	0,2	100	1,55	64,5
<b>direita, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b>										
7	medial malleolus	5,9	7,5	7,47	27,9	43	0,2	70		

### Condução Motora (Esquerda)

Teste	Pto. Estim.	Lat. ms	Ampl. mV	Dur. ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
<b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>										
1	fossa poplíteia		0			21	0,2			
<b>esquerda, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b>										
2	medial malleolus	6,1	9,3	6,91	23,1	39	0,2	70		

### Condução sensitiva (Esquerda)

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat. ms	Ampl. µV	Dur., ms	Area, nV×s	Estim., mA	Estim., ms	Dist. mm	Tempo, ms	Vel., m/s	Vel. norm, m/s	Vel. dev., %
<b>esquerda, n. Fibular superficial, L4-S1</b>												
5	Terço médio da perna		0			15	0,1					
<b>esquerda, n.Sural, S1-S2</b>												
4	1	3,0	11,9	2,9	16,8	22	0,1	140	3,0	46,7	50,0	(N)

### Ondas F (Esquerda)

Teste	Fmin lat., ms	M lat., ms	Fmin-M lat., ms	Max Vprox, m/s
<b>esquerda, Abdutor do hálux, Tibial, I4 L5 S1</b>				
3	64,0	7,3	56,8	

### Atividade espontânea

Teste	Fenômeno	Ampl., µV	Contagem
<b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b>			
15	Spontaneous activity was not detected		
<b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>			
12	Spontaneous activity was not detected		
<b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>			
9	Spontaneous activity was not detected		

### EMG Interferência...

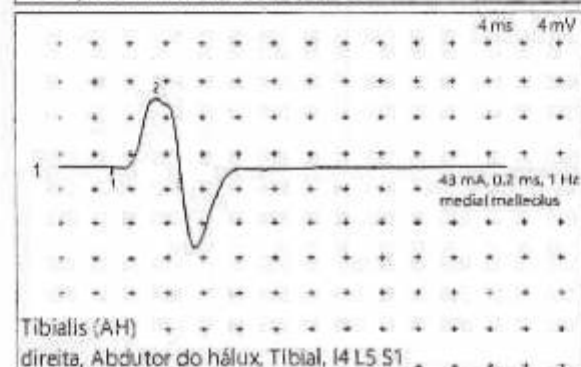
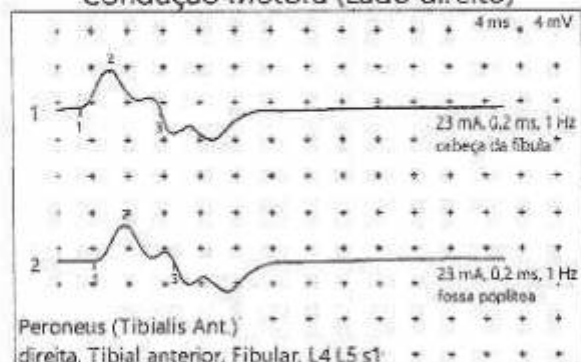
Teste	Ativ. espont.	Amplitude de MUP	Duração de MUP	Polifasia de MUP	Padrão reverso
<b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b>					
14	N	N	N	N	N
<b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>					
11	N	N	N	N	N
<b>esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1</b>					
8	N	N	N	N	N

### MUP

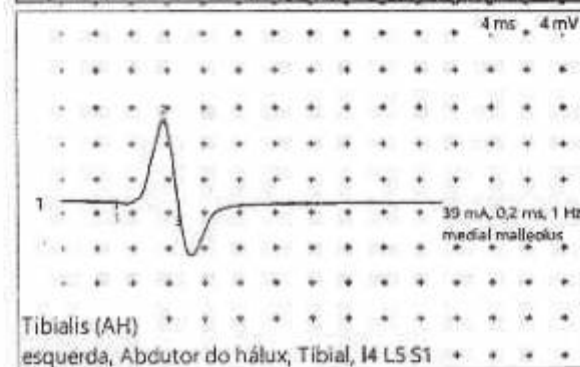
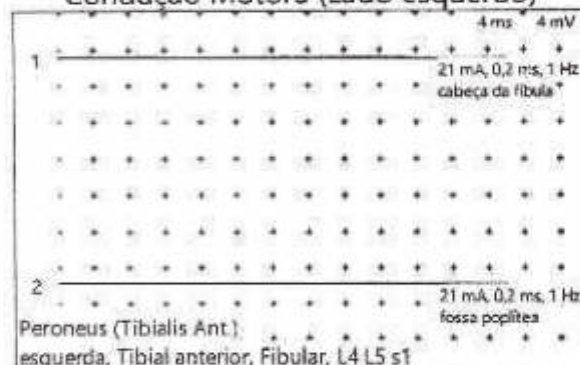
Teste	Fibrillations	Fasciculações	Amplitude de MUP	Duração de MUP	Polifasia de MUP
<b>esquerda, Cabeça curta bíceps femoral, Fibular, L5-S2 s3</b>					
16		N	N	N	N
<b>esquerda, Gastrocnêmio, Tibial, S1-S2</b>					

13		N	N	N	N
esquerda, Tibial anterior, Fibular, L4 L5 s1					
10		N	N	N	N

### Condução Motora (Lado direito)

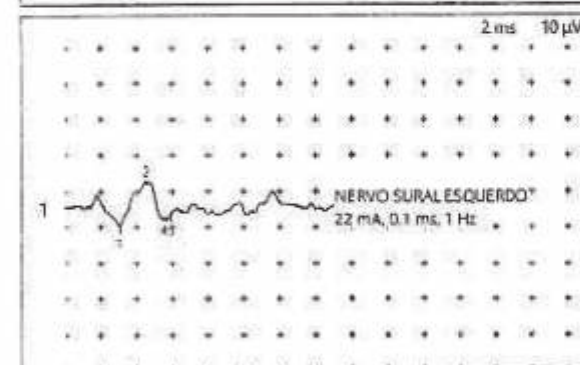
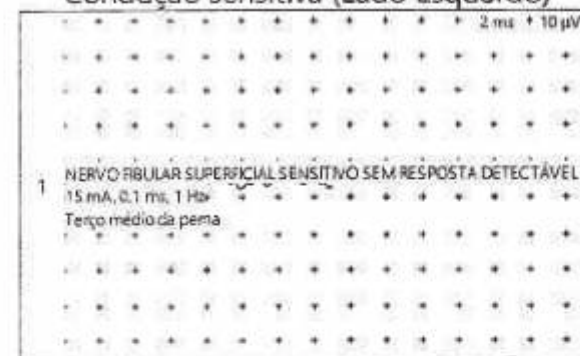


### Condução Motora (Lado esquerdo)



### Condução sensitiva (Lado Direito)

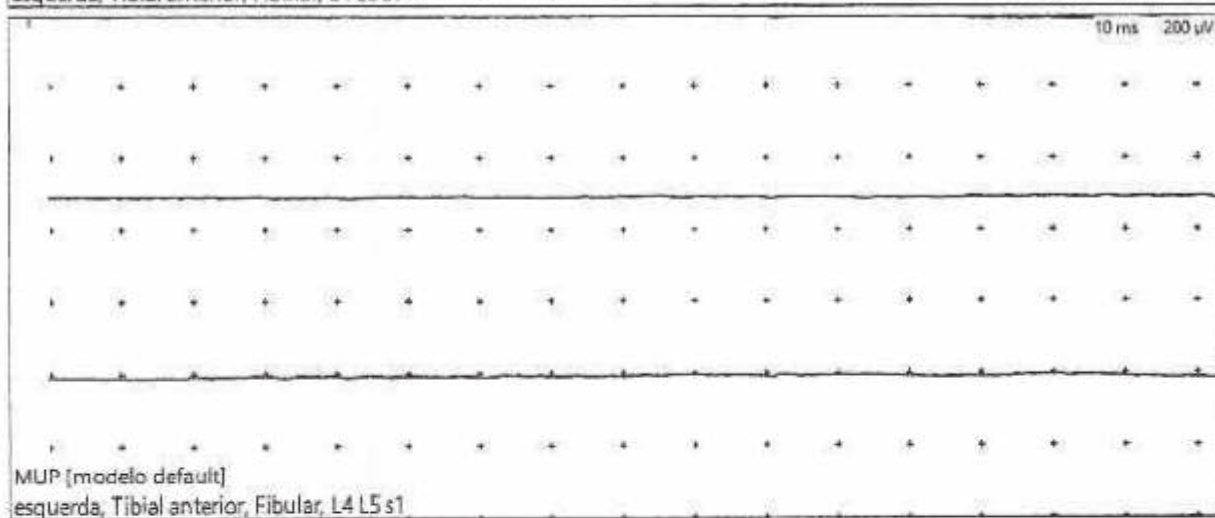
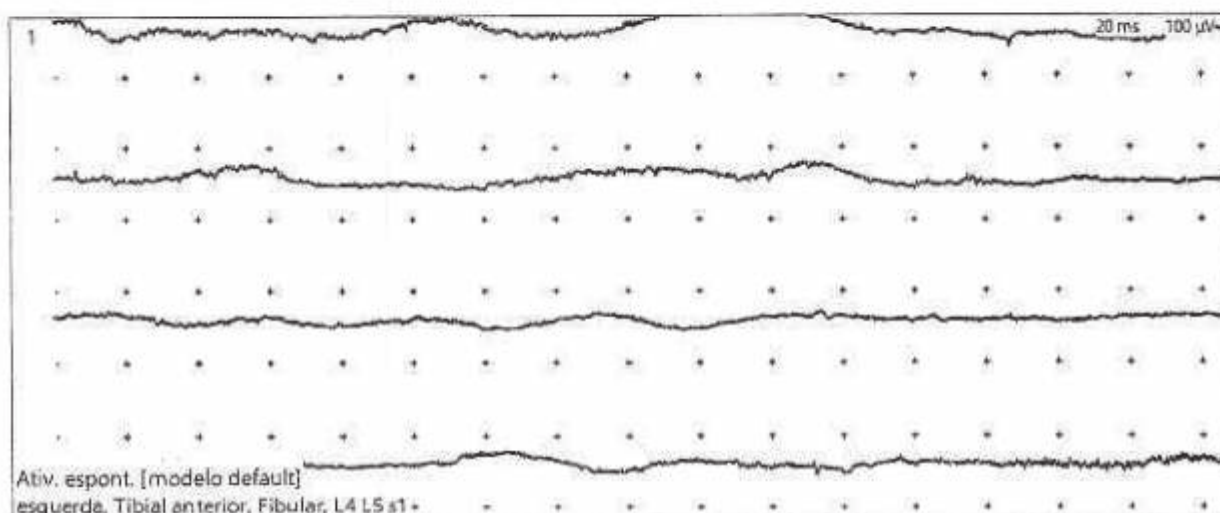
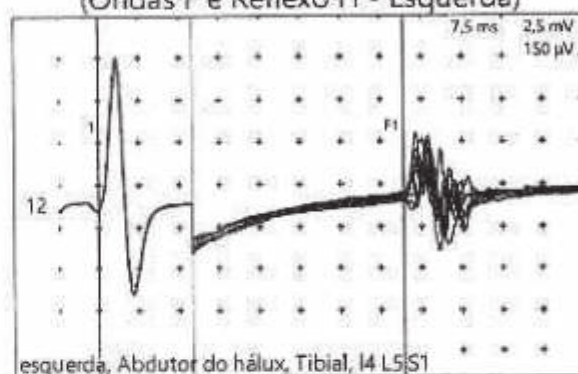
### Condução sensitiva (Lado Esquerdo)

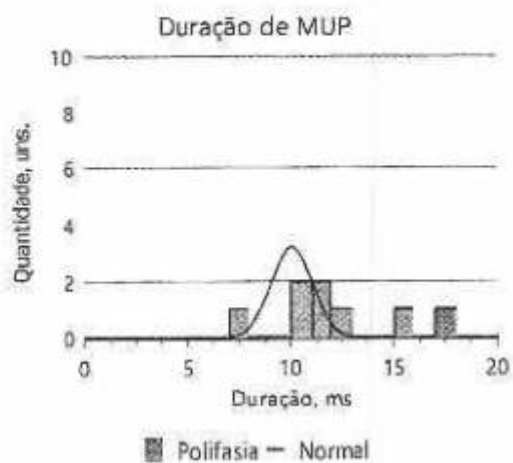
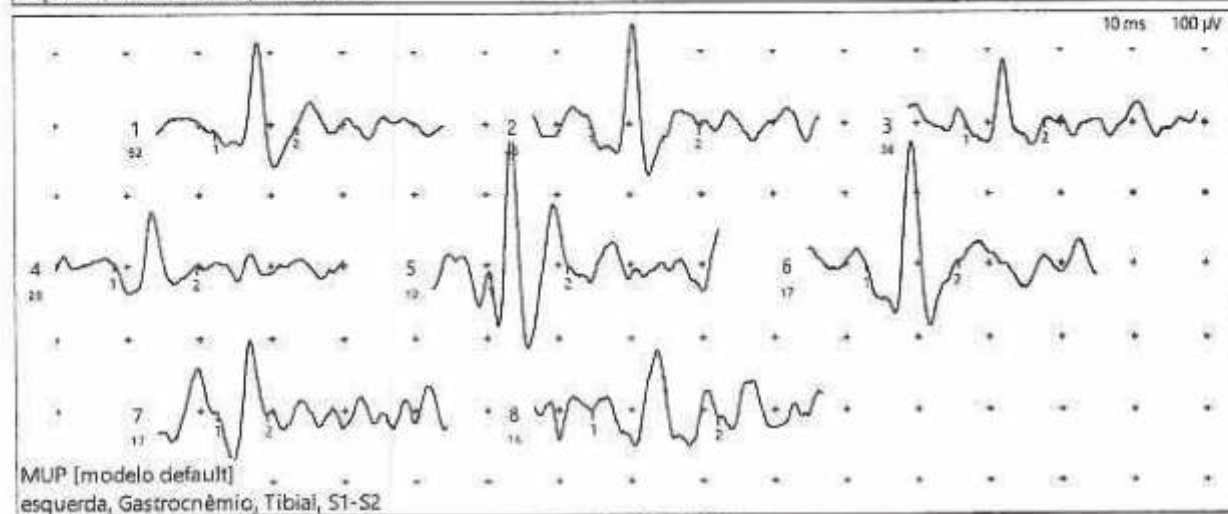
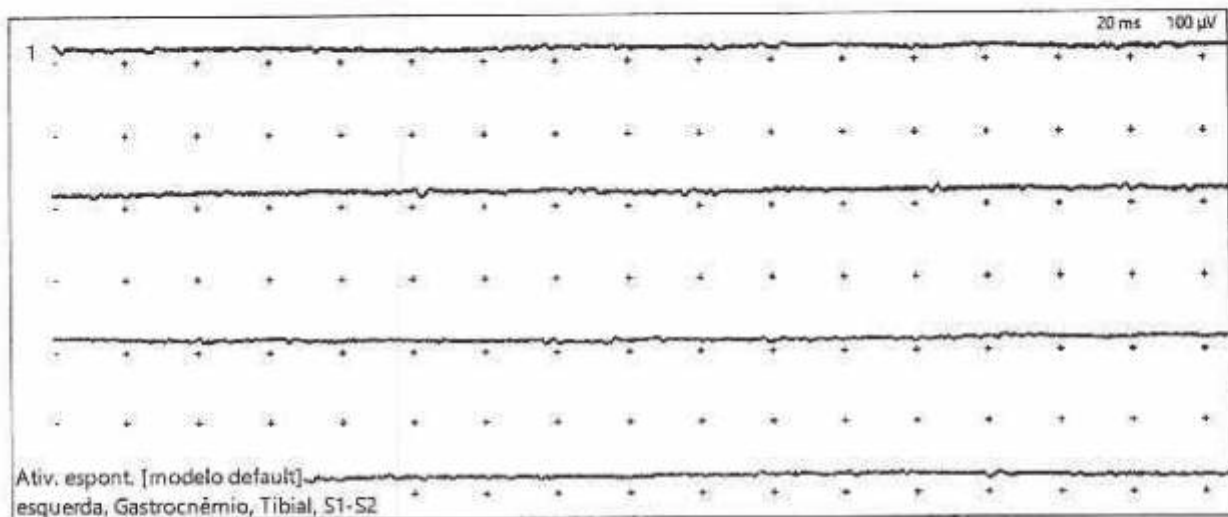




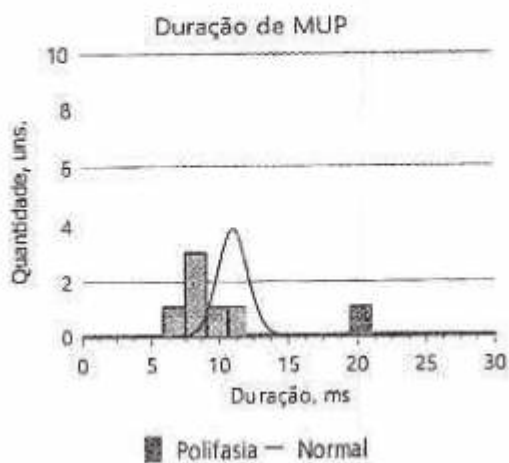
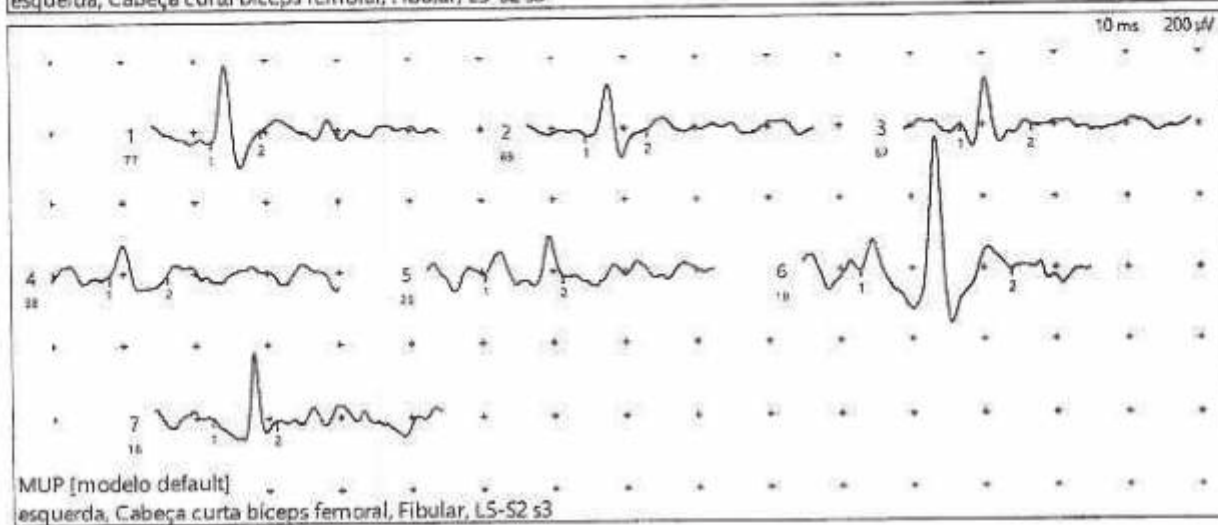
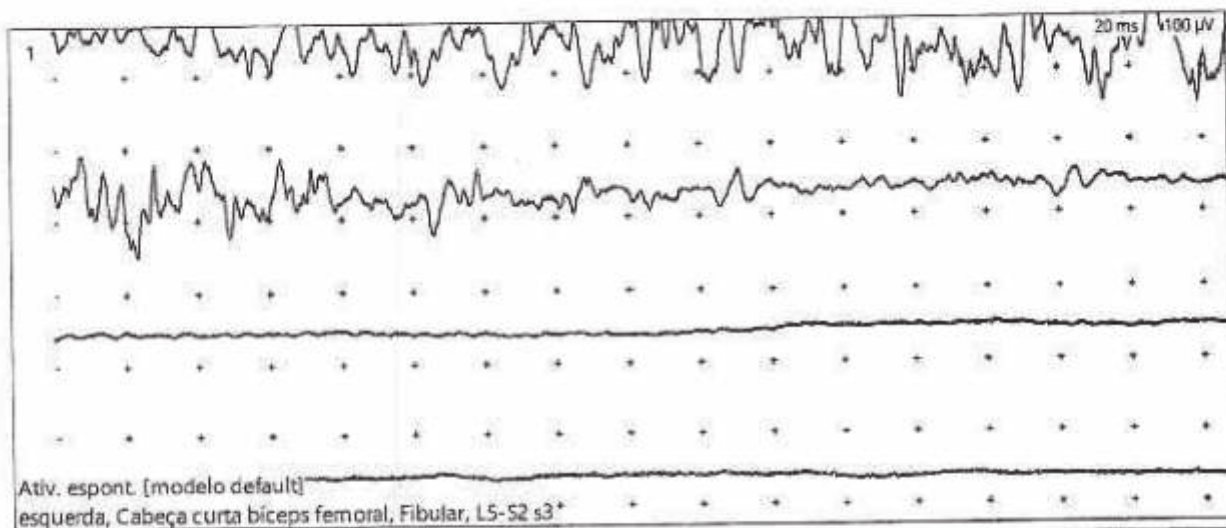
Respostas tardias  
(Ondas F e Reflexo H - Direita)

Respostas tardias  
(Ondas F e Reflexo H - Esquerda)









*Dr. Ricardo Carvalho*  
DR. RICARDO CARVALHO  
NEUROCIRURGIA/ELETRONEUROMIOGRAFIA  
CRM 6628

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL	003.961.314	DATA DE EXPEDIÇÃO	25/04/2018
NOME	<b>MURILO GALDINO DA SILVA</b>		
FILIAÇÃO	JOSE ARNALDO GALDINO DA SILVA SEVERINA MARIA GALDINO DA SILVA		
NATURALIDADE	DUAS ESTRADAS PB	DATA DE NASCIMENTO	26/09/1983
DOC. ORIGEM	CERT. DE NASCIMENTO L-A-04 F-152 RG-2463 DUAS ESTRADAS PB-CARTORIO UNICO CARTORIO		
CPF	Joaquim Ferreira do N. Joia ASSINATURA DO DIRETOR IDENTIFICAÇÃO		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PERÍCIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO-II



POLEGAR DIREITO



  
 ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

**COMPREV**  
 COMPREV / SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 19 ABR. 2019  
**PROTOCOLO**  
 AG. JOÃO PESSOA





**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**

**058.445.714-60**

**Nome**

**MURILO GALDINO DA SILVA**

**Nascimento**

**26/09/1983**

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**466E.055D.91E7.2180**



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 07:44:37 do dia 30/08/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207 **Cidade:** Duas Estradas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MARCHA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207

**Cidade:** Duas Estradas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA

**Data do acidente:** 22/10/2017

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO COM FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA MARCHA ESCARVANTE, CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, MARCHA ESCARVANTE, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/09/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207 **Cidade:** Duas Estradas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,5,9

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190487207 **Cidade:** Duas Estradas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 22/10/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 05/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.  
LUXAÇÃO DE QUADRIL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. PG. 4,5,9

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG.15 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284500/19

**Número do Sinistro:** 3190487207

**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA

**CPF:** 058.445.714-60

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 22/10/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MURILO GALDINO DA SILVA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

**MURILO GALDINO DA SILVA : 058.445.714-60**

Autorização de pagamento

## 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](http://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: 26/08/2019  
Nome: MURILO GALDINO DA SILVA  
CPF: 058.445.714-60

MURILO GALDINO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284500/19

**Vítima:** MURILO GALDINO DA SILVA

**CPF:** 058.445.714-60

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 22/10/2017

**Titular do CPF:** MURILO GALDINO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**MURILO GALDINO DA SILVA : 058.445.714-60**

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](http://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: 19/08/2019  
Nome: MURILO GALDINO DA SILVA  
CPF: 058.445.714-60

MURILO GALDINO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA