

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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200031750

Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA

Data do Acidente: 02/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA

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

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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200031750 **Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA**

Data do Acidente: 02/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: NILSON ELIAS DE SANTANA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000015428-5

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.

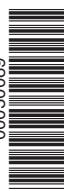
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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

 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: 060.989.924-44 4 - Nome completo da vítima: Wilson Elias de Santana

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

 5 - Nome completo: Wilson Elias de Santana 6 - CPF: 060.989.924-44
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Glaura L.S. Alexandre 9 - Número: 20 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Gramame 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
 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).

DADOS CADASTRAIS

 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: 4823

 CONTA: 35428

 AGÊNCIA:

 CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos? nasceu (a) (nascer)? teve irmãos? Vivos: Falecidos? pais/avós vivos? Não

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/01/2020
Wilson Elias de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Humberto Lucena





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 14628.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14628.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:55 horas do dia 26 de dezembro 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 José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Nilson Elias de Santana**, CPF nº 060.989.924-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Ledjane Cavalcanti de Oliveira e Neuzo Elias de Santana, natural de Recife/PE, nascido(a) em 30/11/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora da Paz, Nº 185 B, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-9139.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Perimetral Sul, Xx, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/19 11:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/09/2019, POR VOLTA DAS 11:10, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA MOS-6782/PB, CHASSI 9C2KC1680BR323532, NA AVENIDA PERIMETRAL SUL, GRAMAME, NESTA CAPITAL, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA ESTOOUROU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de dezembro de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

NILSON ELIAS DE SANTANA
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 060.989.924-44 4 - Nome completo da vítima: Wilson Elias de Santana

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

 5 - Nome completo: Wilson Elias de Santana 6 - CPF: 06098992444
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: Rua Glaura L.S. Alexandre 9 - Número: 20 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Gramame 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
 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).

DADOS CADASTRAIS

 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: 4823

 CONTA: 35428

 AGÊNCIA:

 CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 as custas da Seguradora Lider 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 discordar 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? teve filhos? teve filhos? teve filhos? teve irmãos? teve irmãos? teve irmãos? pais/avós vivos? pais/avós vivos?

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

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 20/01/2020
Wilson Elias de Santana

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Humberto Lucena





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08 806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/023, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2545927, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente NILSON ELIAS DE SANTANA idade 41 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 02/09/2019, na Av. Perimetral Sul, Bairro: Gramame - João Pessoa - aproximadamente às 11:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2019.



Marina Travassos Lopes MTC 67 21-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE 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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILSON ELIAS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000015428-5

Nr. da Autenticação 856DF18CA133EE2C

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 02 / 09 / 19	ID da Ocorrência: 2545927	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 07	Plantão: ○ Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 11:10 Hs	Hora de Chegada no Local: 11:20 Hs
Paciente / Usuário: Nilton Elias de Souza					Idade: 210	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro:						Telefone:
Logradouro: PRIMAVERA			Bairro: Gilmaria			Médico Regulador: Felipe
Quantidade de vítima(s) no local: <input checked="" type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HKFSH				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO PSIQUIÁTRICO GINECO-OBSTÉTRICO

Motivo:

TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

► CAUSAS EXTERNAS:

Acidente de Trânsito

Colisão carro x moto

Queda de moto

Atropelamento por:

Colisão carro x carro

Capotamento

Outro:

F.A.F.

F.A.B.

Agressão Física

Afogamento

Queda - Altura aproximada:

Soterramento / Desabamento

Choque Elétrico

Outro:

Hospital de Destino:

Responsável:

Responsável:

ANTECEDENTES

AIDS

Alcoolismo

AVC

Convulsões

Diabetes

Doença Cardíaca

Doença Infecto-contagiosa

Quals?

Doença Mental

Doença Renal

Drogas

Hipertensão Arterial

Internamentos Anteriores

Problemas Respiratórios

Medicamentos de uso Contínuo

1. DADOS VITAIS

PA:

FC: 88

FR:

HGT:

SpO2 - SIO2:

98%

SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: *Intocato de trauma*

Evolução do Enfermeiro:

"Paciente de grande dimensão, com braços de 1,80m, escorregadio, face com rugas, olhos amarelos, negro com traumas de sangue, dor de

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

intubado (F).

Recomendo:

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	NILSON ELIAS DE SANTANA
DATA DE NASCIMENTO	31/11/1978
NOME DA MÃE	LEDJANE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.187.404
DATA DO ATENDIMENTO	02/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	12:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO
CID 10	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência (sic). Dor em ombro esquerdo, consciente e orientado, com trauma na face area zigmática esquerda. Presença de luxação acromioclavicular esquerda. Após explicações do quadro do paciente, o mesmo optou por tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de torax
RX de braço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromioclavicular esquerda. Grau 3.

TRATAMENTO:

Conservador. Imobilização.

ALTA HOSPITALAR:	02/09/19
DATA DA EMISSÃO:	18/12/19

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.



Identificação do paciente				
ID 1052148	Nome NILSON ELIAS DE SANTANA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/12/1978	Idade 40 anos 9 meses 1 dia	Estado civil	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular: 83	Celular 987532589			DDD UF PB
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 5664847			Nº Cns 898005124466881
Local de procedência GROTÃO				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade RECIFE			CBO/R
Endereço				
CEP 58079832	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPINAS	
Número 53	Complemento RUA CARPINA	Bairro GROTÃO		
Admissão				
Data e Hora 02/09/2019 12:07:52	Número da pulseira 100007284051	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RESIDENCIA
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 SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 130	x 80	mmHg	P脉 P	Temperatura 98
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p>Paciente Ana Flávia Melo, trazido ao fórum, vindo de moto, com lesão no braço direito em ombro (C), devido a queda de moto, exames:</p> <p>Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF</p>				
Diagnóstico				CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				Tempo 37seg



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHAES FRANCA	3792/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 12:40:45	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA PÉRIODAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MAMÍLLA. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL. CD: ANALGÉSICO RX DE OSSOS DA FACE, TÓRAX, OMBRO E BRAÇO ESQUERDO. AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V. AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

CID10

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

DE MÁ
O DE
LITRAS
SVM

NILSON ELIAS DE SANTANA

Dr. Bento Geraldo
CRM-PB 32
CNS 568

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

02/09/2019

12:40:45

2019

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58021000

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 14:22:33	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA DESMAIO, VOMITO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM EGB, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, EM CADEIRA DE RODAS. AO EXAME FISICO APRESENTA ABRASAO EM REGIAO MENTAL E ZIGOMATICA ESQUERDA, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTACAO OCULAR PRESERVADA, BEM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES. CONTORNOS OSSEOS MANTIDOS, SEM SINAIS CLINICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE, CD: 1 ORIENTACOES 2 ALTA BMF 3 AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção.

NILSON ELIAS DE SANTANA

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	6371/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 14:07:02	

ANAMNESE

Vítima de queda de moto com trauma em ombro esq. apresentando dor em acromioclavicular e limitação funcional rx do ombro inadequado. presença de lac. solicito rx em incidencia tipo zancar para melhor avaliação

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)

Conduta

Em observação

NILSON ELIAS DE SANTANA

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
(: 6371/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	2019-09-02 16:26:07.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	6371/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 18:26:14	

ANAMNESE

PCT RETORNA DE NOVO EXAME RADIOGRAFICO. RX APRESENTA LAC GIII. EXPLICO PCT POSSIBILIDADE DE CIRURGIA E TRATAMENTO CONSERVADOR(PERSISTENCIA DA LUXAÇÃO). EXPLICO PROS E CONTRAS DOS TRATAMENTOS. CD: OPTADO EM CONJUNTO COM O PACIENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO/AINE/ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Conduta

Em observação

Alta

Usuário
FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
02/09/2019 16:26:07
Observações:

NILSON ELIAS DE SANTANA

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
(: 6371/PB)

1.º Consultor: Dr. Francisco Guedes S. Neto
CRM-PB: 6371
Data: 02/09/2019
EDT 10:26



Parecer Médico

Nome		Idade	
NILSON ELIAS DE SANTANA		40A 9M 1D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1187404	02/09/2019 12:07:52		33min
Convênio	Leito	Clínica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 02/09/2019 12:40:13
PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. RELATA NO MOMENTO, DOR NO OMBRO ESQUERDO E DOR PLEURÍTICA. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, VA PÉRVIAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII, ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL.	
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Bernardo Henailson Ribeiro
CRM-PB 11.820
CRM-PE 0021.5928.2206



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADO

PREScriÇÃO MÉDICA

Nome

NILSON ELIAS DE SANTANA

Motivo do Atendimento

Data de Nascimento

01/12/1978

Idade

40a 9m 1d

Sexo

MASCULINO

Convenio

SUS

Enfermaria / Leito

Matrícula

Nome do medicamento

Dose

U.M.

Orientação de Uso

Data da entrada:
02/09/2019 12:07:52

Data da Internação:

1 CETOROLACO DE TROMETAMINA
30MG/ML (AMPOLA)

1,0

ML

E.V.

CARLOS MAGALHAES FRANCA

CRM: 3792

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512415

Nome

NILSON ELIAS DE SANTANA

Data de Nascimento

01/12/1978

Nº Boletim Emergência
1187404

Prontuário

Material a examinar

Data Prescrição:

02/09/2019 12:42:12

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRZ)

RADIOS-X	
TIPO	<u>Pocu</u>
DATA	<u>02 09.19</u>
NOME DO PACIENTE	<u>NE -</u>
ASS.:	<u>NE -</u>

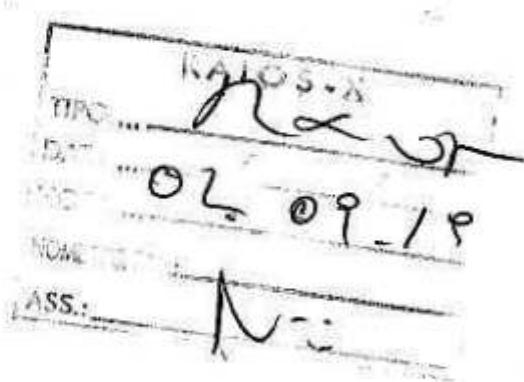
Reimpresso por: Denílson Bezerra
dia: 02/09/2019
CRM-PB 11.820
cel: 083 992312206

Assinatura e Carimbo do Profissional

É proibida a cópia e a alteração para integridade e fiabilidade clínica.

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512411

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergência 1187404	Prontuário
Material a examinar		
Data Prescrição: 02/09/2019 12:40:45		Data Prescrição: 02/09/2019 12:40:45
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO		
		

Reimpresso por:

dia:

Luiz Nilson Ribeiro
Médico
CRM-PB 11.820
31 3002 5920 2206

et
+
B
m

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) manter cópias separadas para imagem e boletim anexo clínico.

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512452

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM			Nº: 51245
Nome NILSON ELIAS DE SANTANA	Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergência 1187404	Prontuário
Material a examinar			
			Data Prescrição: 02/09/2019 14:07:02
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) (RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)			

ReImpresso por:

Assinatura e Carimbo do Profissional

11 prochaines années pourraient faire évoluer la situation.



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **060.989.924-44**

Nome: **NILSON ELIAS DE SANTANA**

Data de Nascimento: **30/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/07/2003**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **12:15:04** do dia **13/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E15B.0D86.AB27.E997**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00079

Número Série

035921



Wilson Elias de Sant'ana
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Nilson Colnar de Santana

Loc. Nasc. Recife Est. PE Data 30/11/1978
Filiação Neto de D. de Santana e
Isolda de Oliveira
Doc. N° 5.604.847 SSP PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 31/04/1003 DRT PK

Marcus
Assinatura do Pincionário
M. Stela de SOUZA
SETAS - PMJG - PE
Mat. 1835-7

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome

Doc.

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE TRANSPORTADAS C...	
PB N° 014355411002	
<p>ESTE É O SEU BILHÉM PARA MAIS INFORMAÇÕES AS CONDIÇÕES GE...</p> <p>www.seguradoc.com.br SAC DPVAT</p>	
VIA	CPF/CNPJ
1	06099992144
PLACA/AVAM	
00300730160	HONDA/...
ANO FAB.	ANO EXP.
2011	9
9C2KC1	
PRÉMIO TANDEM	
PREMIO (R\$)	DESENHO
*****	*****
CUSTO DO BILHÉM (R\$)	
+	40,00
SEGURADORA	
PAGAMENTO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> ...
<p>SEGURADORA CNPJ 06.281.000/0001-00 7003749-105446</p>	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO - GRAU 3.
TRAUMA DE FACE - TRAUMA DE ZIGOMÁTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.02/

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026881/20

Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA

CPF: 060.989.924-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: NILSON ELIAS DE SANTANA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILSON ELIAS DE SANTANA : 060.989.924-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020
Nome: NILSON ELIAS DE SANTANA
CPF: 060.989.924-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILSON ELIAS DE SANTANA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO