
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



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: Recusado 8 - Endereço: Rua Glaucia L.S. Alexandre 9 - Número: 20 10 - Complemento:
11 - Bairro: Grammaire 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 6831986634900

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 35428 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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)

Humberto Lucena



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 0357 1685

5067

VALID DATE

10/24

NILSON ELIAS DE SANTANA

4823 013 00015428-5

elo



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 Neuza 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 ESTOUROU, 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de dezembro de 2019.


JOSÉ 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: 060.989.924-44
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Rua Glaucia L.S. Alexandre 9 - Número: 20 10 - Complemento:
11 - Bairro: Grammaire 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 6831986634900

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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 4823 CONTA: 35428 5 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (vivo/nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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: João Pessoa - PB 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Humberto Lucena



CAIXA

POUPANÇA

5067 2251 0357 1685

5067

VALID DATE

10/24

NILSON ELIAS DE SANTANA

4823 013 00015428-5

elo

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 MT-67.211-8
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	S*USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 11 : 10 Hs	Hora de Chegada no Local 11 : 20 Hs
Paciente / Usuário Nilton Elias de Sant'Anna				Idade 40	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
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"/> Conde <input type="checkbox"/> Outro:				Logradouro Residência		
Quantidade de vítima(s) no local: <input 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) HK + S + HX				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) G. L. P. E.		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS	Responsável:
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Hospital de Destino:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	Responsável:
	ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
	Quais?

1. DADOS VITAIS

PA: **88** FC: **88** FR: **98** HGT: **1,70** SpO2 - S/O2: **98** SpO2 - C/O2: **98**

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

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções: **Protocolo de trauma**

Evolução do Enfermeiro:

Atendimento de queda de moto, com sinais de lesão, escoriações e ferida lacerada, com hemorragia, nega história de trauma, dor e

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Atendimento



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 zigomatica esquerda. Presença de luxação acromioclavicular esquerda. Após explicações do quabro do paciente, o mesmo optou por tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo
RX de torax
RX de braço esquerdo

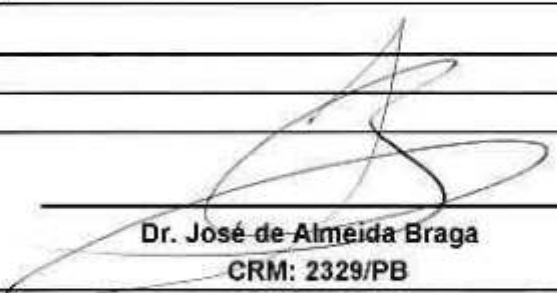
RESULTADOS DOS EXAMES:

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1187404



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	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 5604847	Nº Cns 898005124466881		
Local de procedência GROTAO	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade RECIFE	CBO/R		
Endereço				
CEP 58078832	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPINAS	
Número 53	Complemento RUA CARPINA	Bairro GROTAO		
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 70 mmHg	Pulso 98	Temperatura 36,5		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				
Ultrasonografia []				
Dados clínicos Paciente Ana Flávia Melo trazida el fono, quando de morte consciente, chegou do em ombro @ depois p/ realizar exames Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF				
Diagnóstico				CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				Tempo 37seg

Imprimir



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEQUE

o trabalho

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente
NILSON ELIAS DE SANTANA

Data de nascimento
01/12/1978

Mãe
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

Endereço
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA

Acidente
QUEDA / OUTROS

Data/Hora Classificação
02/09/2019 12:07:52

BAE
1187404
Sexo
Masculino

Bairro
GROTÃO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
02/09/2019 12:07:52
CNS
898005124466881

Município
JOAO PESSOA
Profissional
CARLOS MAGALHAES FRANCA
Data/Hora Prescrição
02/09/2019 12:40:45

Data Baixa
Telefone de Contato
(83) 987532589
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
3792/PB

ANAMNESE

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 MMIL. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL. CD: ANALGESIA 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

NILSON ELIAS DE SANTANA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGRE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NILSON ELIAS DE SANTANA	BAE 1187404	Data/Hora Entrada 02/09/2019 12:07:52	Data Baixa
Data de nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987532589
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA		CNS 898005124466881	Prontuário
Endereço CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	Nº Cons. Regional 3040/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2019 12:07:52		Data/Hora Prescrição 02/09/2019 14:22:33	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA 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 FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MENTAL E ZIGOMÁTICA ESQUERDA, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, BEM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES, CONTORNOS OSSEOS MANTIDOS, SEM SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1 ORIENTAÇÕES 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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NILSON ELIAS DE SANTANA	BAE 1187404	Data/Hora Entrada 02/09/2019 12:07:52	Data Baixa
Data de nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987532589
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA		CNS 898005124466881	Prontuário
Endereço CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	Nº Cons. Regional 6371/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2019 12:07:52		Data/Hora Prescrição 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. solicita rx em incidência 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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUIE
o trabalho**

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente NILSON ELIAS DE SANTANA	BAE 1187404	Data/Hora Entrada 02/09/2019 12:07:52	Data Baixa 2019-09-02 16:26:07.0
Data do nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987532589
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA		CNS 898005124466881	Prontuário
Endereço CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	Nº Cons. Regional 6371/PB
Data/Hora Classificação 02/09/2019 12:07:52		Data/Hora Prescrição 02/09/2019 16:26:14	

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)

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



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

Parecer Médico

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

Parecer médico

Especialidade ORTOPEDIA	Profissional
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. Benedito Benailson Ribeiro
CRM 11.820
CNS 0023 8928 2206

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		Data de Nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		
Convenio SUS		Matrícula		
		Data da entrada: 02/09/2019 12:07:52	Data da intern.	
Nome do medicamento	Dose	U.M./d	Orientação de Uso	Via de Admin.
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

Prontuario

Material a examinar

Data Prescrição:

02/09/2019 12:42:12

EXAME DE IMAGEM

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

RAIOS-X	
TIPO	Pacu
DATA	02 09 19
EXAME	
COMETIDA	
ASS:	

Reimpresso por: Genedito Bagnalson Roberto

dia:

Medico

CRM-PB 11.820

RE 9923 5928 2006

Assinatura e Carimbo do Profissional

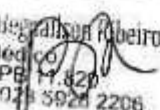
1) preencher cópias anexadas para imagem e liberar em 30 dias úteis

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512411

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergencia 1187404	Prontuario
Material a examinar		
Data Prescrição: 02/09/2019 12:40:45		
<p>EXAME DE IMAGEM</p> <p>RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>TIPO: <u>RX</u></p> <p>DATA: <u>02.09.19</u></p> <p>NOME: <u>Ni</u></p> <p>ASS: <u>Ni</u></p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">oto +</p>		

Reimpresso por:
dia:


Dr. Reginaldo Ribeiro
Médico
CRM-PB 14.820
RQE 0028 5928 2206

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher cópias separadas para imagem e laboratório análise clínica

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512452

Nome

NILSON ELIAS DE SANTANA

Data de Nascimento

01/12/1978

Nº Boletim Emergencia

1187404

Prontuario

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)

Handwritten stamp:
Nº 512452
OMBRO
DATA 02/09/19
HORA 14:07
ASS: DOUGLAS

Handwritten signature and stamp:
Dr. Douglas
CRM 10.000
CRM 10.000

Reimpresso por:

dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher apenas se necessário para imagem e laboratório análises clínicas



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**

Digito 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 electricista, 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.

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

Habitue-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

035921

Série

Número

Wilson Elias de Santana
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Nilson Elias de Santana
 Loc. Nasc. Recife Est. PE Data 30/11/1948
 Filiação Marcelo Elias de Santana e
Francisca Cavalcanti de Oliveira
 Doc. Nº 5.604.847 SSP PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
 Exp. em / / Estado
 Obs.:
 Data Emissão 31/04/003 DRT PE

Marcos A.
 Assinatura do Funcionário
 M^{te} Stela de Souza
 SETAS - PMJG - PE
 Matr. 1835-7

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

9

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014355411008

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COLU HONDA 20130303870751-5
1 0030073016-0 00/00000000 2018

NILSON ELIAS DE SANTANA

06099992444

MO86782/PE

NOVO EB 002501680EP223532

FAS/MOTOCICLE/NAC APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CE150 FAS ESDI

2011 2011

2 P/149 /GI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000

IPVA *****

0

PREMIO TOTAL (R\$)

SEGURO PAGO 25/06/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE FORT OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JORO PESSOA DE

16831

07/01/2018

7003749

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS C

PB Nº 014355411008

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÃO
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT

VIA 1 06099992444

00300730160 HONDA/

2011

9

9C2KCI

PRÊMIO TOTAL

PREMIO TOTAL (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

SEGURADORA

CHPJ 03.2018
7003749-105446

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

Valoração 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

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: NILSON ELIAS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-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