



Número: **0804041-11.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **12/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA (AUTOR)		FRANCIVALDO DIAS DE FREITAS (ADVOGADO) CARLIANE GONCALVES MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37239 488	30/11/2020 10:28	2769382_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190646097 Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

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

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário "Pedido do Seguro DPVAT", devidamente preenchido, inclusive informando uma das opções que impossibilitou a apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML.
--	---

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

Pag. 01961/01962 - carta_03 - INVALIDEZ

00050981



Carta nº 15147741





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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO 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,

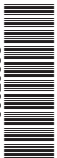
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15148148

Pag. 01315/01316 - carta_01 - INVALIDEZ

00020658





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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO 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

Pag. 00191/00192 - carta_02 - INVALIDEZ

00050096



Carta nº 15308841



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010280350700000035536012>

Número do documento: 20113010280350700000035536012



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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000151-1

Conta: 0000069667-6

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

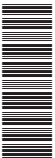
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00467/00468 - carta_15R - INVALIDEZ

00030234





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, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 20/02/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00541/00542 - carta_09 - INVALIDEZ

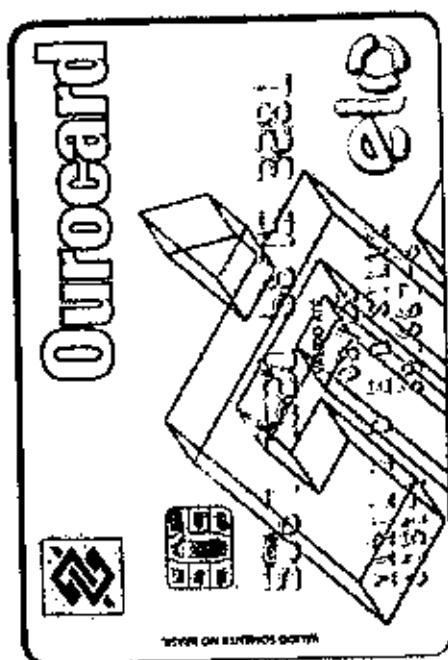
00070271



Carta nº 15540695



Autenticação de pagamento





Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***

Agência : 36997176 AC PALOS
Terminal : 9826193 Id. Inv. : 271046
Mo Aut : 152530 Carta : 84/02708
Data : 11/11/2015 Hora : 16:25
Banco do Brasil S.A.

5/57804147

0151

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COM ERENCIA

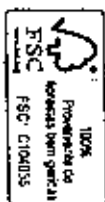
AGÊNCIA: 0151-1 CÍRCULO: 001667-0
CLIENTE: MARTA D L DA SILVA

HISTÓRICO	DOCUM.	VALOR
-----05/11/2019		
Saldo Anterior		0,000
-----N A D I I A : A N C A R E N T O S -----		

VOCE PODE TER UMA CONTA ESPECIAL HOJE. FAÇA SUA
AGÊNCIA E ASSINE O CONTRATO.

AUTOPEL AUTOMACAO COM. E INFORMATICA LTDA CNPJ 06.696.081/0001-80 (ATO COTEPE 21/2011)
CONTÉM 45 METROS - PAPEL THERMOSCRIPT KPR 45µm² - PARA USOS EM ECF ATO COTEPE 51/2013

Fale com os Correios, clique em Contato e preencha o formulário
LIG: 0800 020 020 ou 0800 729 7282 (informações)
0800 725 0200 (sugestões e reclamações)
Ouvidoria: ouvidoria@correios.gov.br
Denuncie: denuncie@correios.gov.br



Correios



Papel termossensível. A vida útil dos dados impressos neste comprovante é de até 5 anos.
Não contate com plásticos, solventes e produtos químicos. Não exponha à luz, calor
ou umidade excessivos. Se necessário manter o resíduo por mais tempo, providencie cópia.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2535966EXPEDIDO POR SSP - PBEM 21/03/2018CPF 06834741461 / CNPJPROFISSÃO TEC. SAÚDE OCUL

E RENDA MENSAL DE R\$ 338,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MICHAEL KELLY SILVA DA COSTA. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

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

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 001 AGÊNCIA 01511 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 69.667-6☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL PATOS - PBDATA 11/11/19ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) maria das dores emiliano da silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02865.01.2019.3.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02865.01.2019.3.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:24 horas do dia 11 de novembro de 2019, na cidade de Patos, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de Patos - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Manoel Martins Fernandes, matrícula 1355163, e lavrado por Ana Maria da Cruz Leandro, Agente de Investigação, matrícula 1384287, ao final assinado, compareceu **Maria das Dores Emiliano da Silva**, CPF nº 068.347.414-61, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Tec.saúde Bucal, filho(a) de Maria Salete Guilherme da Silva e Manoel Emiliano da Silva, natural de Piancó/PB, nascido(a) em 05/10/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Semeão Gentil, Nº S/N, complemento QD: 105, LOTE: 55, bairro Conjunto Bivar Olinto, tendo como ponto de referência Espetinho do Pedro, na cidade de Patos/PB, telefone(s) para contato (83) 99857-2636.

Dados do(s) Fatos:

Local: *, Patos/PB, bairro Conjunto Bivar Olinto; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/11/19 14:25h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

Boletim de ocorrência

(1) Outros, descrição Lesão Por Acidente de Trânsito



E NOTIFICOU O SEGUINTE:

A Notificante afirma que, na data 21/07/2019, por volta das 16h:30min, seu filho (menor) MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, CPF 158.740.574-12, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, Placa: NQD3498/PB, Renavam: 00233518517, ano/modelo: 2010/2010, cor: VERMELHA, chassi: 9C2JC4110AR687579, Licenciada em nome de Damião Jose Alexandre, quando em um cruzamento no Loteamento Itatiunga, nesta cidade, a moto que seu filho conduzia, foi abalroada por outra moto, tendo o motoqueiro se evadiu do local: que seu filho MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA, foi socorrido e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade, pelo SAMU, onde foi submetido a uma cirurgia no fêmur esquerdo.

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.

Patos/PB, 11 de novembro de 2019.

ANA MARIA DA CRUZ LEANDRO
Agente de Investigação

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
Notificante

vítima →
Procedimento Policial: 02865.01.2019.3.00.401



SINISTRO-Nº 3190646097

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA - CPF. 158.740.574-12

Eu, MARIA DAS DOZES EMILIANO DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 2535966 SP-13 e inscrito no CPF/ME sob o nº 068.347.414-61, residente e domiciliado na RUA SEME GENTIL, Q. 105-L-55, BARRA OLINDA, Cidade PAPOS, Estado PIB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

Declaração de Inexistência de IML



Maria das Dozes Emiliano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ratm-13, 28/11/2019

Local e data



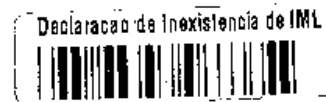
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA ^{31 90646097} portador da carteira de identidade nº 2535966-13 e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.347.414.61, residente e domiciliado na Rua Senaia Gentil, 12-105-11-55- BIVAN HOLINTO, Cidade RATOS, Estado PIB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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



Maria das Dores Emiliano da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Ratos, 07/02/2020

Local e data





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

Certidão de nascimento

NOME:

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA



CPF

158.740.574-12

MATRÍCULA

0720410155 2004 1 00046 077 0052631 87

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

vinete e quatro de maio de dois mil e quatro

DIA

24

MÊS

05

ANO

2004

HORA DE NASCIMENTO

07:15

NATURALIDADE

Patos-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Patos-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Maternidade Dr Peregrino Filho - Patos-PB

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Leclí Alves da Costa, naturalidade: São José de Espinheras-PB | Maria das Dores Emiliano da Silva, naturalidade: Piancó-PB.

AVÓS

Paterno(s): Sebastião Alves da Costa e Ana Maria Alves. Materno(s): Manoel Emiliano da Silva e Maria Safete Guilherme da Silva.

GÊMEOS

NÃO

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinete de outubro de dois mil e quatro (20/10/2004).

NÚMERO DA ON/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

— NADA CONSTA —

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À AGREGAR

2ª VIA. Registro lavrado em 20/10/2004, no livro A-00046, Nº 52631, folha 77-V.

Ceu Palmeira Serviço Registral
Maria do Ceu Palmeira Monteiro Felipe
Patos-PB

Rua Rui Barbosa S/N, Ed. João Alves, sala 02, Centro Patos-PB - CEP
58700060 Fone: 83 -3421 2950 E-mail: cartoriocivil@patospb@yahoo.com.br

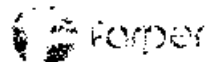
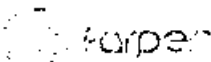
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Patos-PB, 06 de novembro de 2019.

Luiza de Fátima de Souza Moura
Luiza de Fátima de Souza Moura
Escrivente Compromissada

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



Selo Digital: **AJJ00625-HA9N**



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 045695 : C

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: 29/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00151-1

CONTA: 000000069667-6

Nr. da Autenticação BB7A364DB7432146



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

Comprovante de residência



EU, Maria das Dares Emiliano da Silva

Declaro para os devidos fins que resido no Logradouro:

Rua/AV: Semeão Gentil, s/nº Q-105 L-55

Bairro: BIVAN OLINTO

Cidade: PATOS - PB

CEP: 58701-610

Patos, 11 / 11 / 2019

Maria das Dares Emiliano da Silva

RG: 2.535.966.558 - PB

CPF: 068.347.414-61



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Janguribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA O RITUAL COM A CAGEPA, INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
68735337
PERÍODO
09/2019

CONTÁ DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SALLETE G DA SILVA
RUA SEMENTO GENTIL, S/N - BIVAR OLINTO PATOS PB
58701-610

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outro	
015.012.055.0105.000	0000	I	II	III	IV	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
128281663	11/09/2012	EXT. LADEIR. LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	IMP. DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1575	1598	23	31	18/11/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
SET/2019	18	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMULA		
AGO/2019	21	TURBIDEZ		45	77	77
JUL/2019	19	CLORO		83	97	97
JUN/2019	15	COL. TFRMGT		6	9%	7
MAI/2019	18	COR		45	77	77
ABR/2019	18	COL. TOTAIS		91	97	97
MEDIA(M)	18	DADOS REFERENTES A: AGO - 19				

DATA DA IMPRESSÃO: 21/10/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 14:57:27

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,15 POR M3		19,35
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DO TRIBUTOS: R\$ 9,82 PIS E CONFINS: R\$ 12.741/12

VENCIMENTO: 03/11/2019 Total a Pagar: R\$ 106,16

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE "ARIFA"

INFORMAÇÕES GERAIS:
CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL



SAMU
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO - VTR: 5304

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data: <u>21.09.19</u>	Ocorrência n°: <u>0025</u>	Paciente / Usuário: <u>MICHEL KELVIN DA SILVA COSTA</u>	Idade: <u>15</u>	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local da Ocorrência: <u>RUA PAVANADA</u>		Bairro: <u>ITAPUBA</u>	Médico Regulador: <u>Dr. Lucas</u>	
Apoio no Local: ☐ PM ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ TROTE ☐ Outro				
QTA: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Recusou atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não encontrado ☐ Outro				

TIPO DE AGRAVO:

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA MÉTROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: C.H.R. RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☒ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO:

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

Dor, edema e dificuldade em antebraço (C) e dor, náusea e
comprometimento da manipulação da H.E.

DADOS VITAIS:

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☒ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm

Hg: ☐ <90mm Hg

P.A.: 120/80 FC: FR: 84 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: _____ mg/dl - E. Com a: _____ SpO2s/O2: 92 SpO2c/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada
☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz
☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal
☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros: _____

INTERVENÇÕES:

Imobilização completa em prancha rígida + Imobilização de membros + AUP
+ Terapia medicamentosa + transporte.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão moto-moto, Glasgow 15. Acumula 1 dor
no HSB e fratura da patela da perna. Reduzido imobilização
de membro e completa em prancha rígida e encaminhado ao
C.H.R.

EM REVISÃO



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

01 - Equipamento
02 - Selo 18
01 - Sutura de 3/0
04 - Cateter

E.C.G.:

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO:

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:**DIAGNÓSTICOS:****PROCEDIMENTOS:**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☒ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALAS / TRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA):

500mg + Dipirona 750mg

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS):**ENCAMINHAMENTO:**

☐ LIBERADO APÓS O ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

☒ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVação DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA:

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): M. Alina E. Reis COREN: 159211 MAT: _____

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: Guilherme



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935 PRONTUÁRIO 29846
DATA 21/07/2019 HORA 18:01 OPERADOR LCLEA
MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO
PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO: Fratura fechada do fêmur S72.8
CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Placa + parafusos

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Boa evolução com boa cicatrização

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Atendimento de rotina

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB,

DE

DE 20

MÉDICO/CRM

066



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr.(a) Mikael Kelly
Silva Costa portador(a) da identidade
RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no
dia de hoje, às 18 h 01, portador(a) da patologia CID-10 S72.8, devendo
permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 300 dias, a partir
desta data.

Patos, 28/07/19
João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7447

Assinatura e carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a)
_____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10
ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª via - paciente 2ª via - anexar ao prontuário de atendimento

Rua Horácio Nobrega, s/n Belo Horizonte 58704-000 Patos PB Fone 83 3423.2741



ortopedia e traumatologia
Materiais Médico Hospitalar EIRELI

PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ Caixa Fechada

NE Nº

Prontuário

Hospital

Paciente

Médico

Instrumentador

Vendedor

Data

Convênio

Procedimento

QUANT.

DESCRIÇÃO DO MATERIAL

COD

V. UNIT.

V. TOTAL

01

Placa de fixação de fratura

0702030813

02

Placa de fixação de fratura

03

Placa de fixação de fratura

04

Placa de fixação de fratura

05

Placa de fixação de fratura

06

Placa de fixação de fratura

07

Placa de fixação de fratura

08

Placa de fixação de fratura

09

Placa de fixação de fratura

10

Placa de fixação de fratura

11

Placa de fixação de fratura

12

Placa de fixação de fratura

13

Placa de fixação de fratura

14

Placa de fixação de fratura

15

Placa de fixação de fratura

16

Placa de fixação de fratura

17

Placa de fixação de fratura

18

Placa de fixação de fratura

19

Placa de fixação de fratura

20

Placa de fixação de fratura

21

Placa de fixação de fratura

22

Placa de fixação de fratura

23

Placa de fixação de fratura

24

Placa de fixação de fratura

25

Placa de fixação de fratura

26

Placa de fixação de fratura

27

Placa de fixação de fratura

28

Placa de fixação de fratura

29

Placa de fixação de fratura

30

Placa de fixação de fratura

31

Placa de fixação de fratura

32

Placa de fixação de fratura

33

Placa de fixação de fratura

34

Placa de fixação de fratura

35

Placa de fixação de fratura

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbó - Camaragibo-PE - CEP 54765-138

FONE (81) 33139-2456 E-mail: cromo@fda.org.br

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comércio

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935
DATA 21/07/2019 HORA 18:01
MÉDICO MOURIRE ARRUDA FELINTO

PRONTUÁRIO 29846
OPERADOR LCLEA

PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA

IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

HISTÓRICO:

CID-10:

S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Resumo de exames

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Port B26.5 (Quem não tem)

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

DMBUSTRO de alta

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 04 DE 08 DE 2019

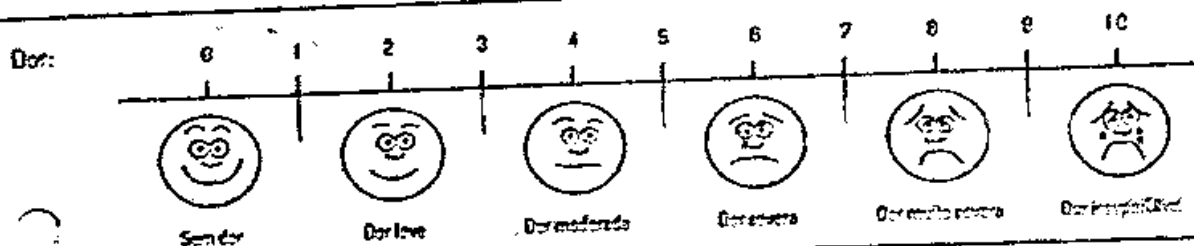
João H. S. S. L. L. L.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 17.17

MÉDICO/CRM



ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21/07/19 Hora 14 h 00 Genero M
 Nome/Nome Social Nicholas Kelvin da Silva Costa
 Origem Atenção Primária Regulado? () Sim ☒ Não
 Queixa principal/História atual da doença/início dos sintomas _____ Encaminhado? () Sim ☒ Não
 Motivo do atendimento 007
 Ucente Patos
 Transporte SAMU
 Alergia? ☒ Não () Sim _____
 Uso de medicação? ☒ Não () Sim _____
 Doença prévia? ☒ Não () Sim _____
 Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ lpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/dl



Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo ☒ Verde () Azul

Especialidade Médica Gerontologia

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
 () Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Descrever tabela para preenchimento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010280350700000035536012
 Número do documento: 20113010280350700000035536012

Enfermeiro(a) _____



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Mikael Kelly Silva

Da Clínica _____

Enfermaria 13

A Clínica _____

Leito 01

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Risco cirúrgico

Data 29, 07, 19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente em exames Cardiológicos
Nova Comprimidos ou alongo medicamentos.
Po = 120 x 80 mmHg
ECG = Taquicardia Sinusal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

20, 07, 19

Kleber H. da Silva
Cirurgião Geral



PACIENTE: Michael Kellner Silva Costa				
QT.:	LEITO:	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 15 anos	REGISTRO: 29846
CIRURGIA: troca esquelética		CIRURGIÃO: Dr. Marib		
ANESTESIA: Local		ANESTESISTA:		
INSTRUMENTADORA:		DATA: 21.07.19	HORA: 18:40	FIM: 18:50



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	Y	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos des.
1	Neocain 31 Uoro		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	Y	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
	Olmorf	Y	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcon		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicadna 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Albocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Fio de Kirschner 4.5





**COMPLEJO
HOSPITALAR
REGIONAL
DEL MAIPO**

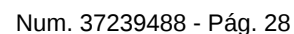


SECTION 501(c)(3) STATUS

GOVERNO DA PARALIBA



RELATÓRIO DE CIRURGIA



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	HORA	18:01
OCCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PÚBLICA		
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRÁNSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA		
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA		
CIDADE	PATOS PB 58701610		
ENDEREÇO	RUA SENEAL GENTIL SN Q 105 L 55		
BARRIO	BIVAR OLINTO		
VALIDADE	PATOS		
TELÉFONE	83998572636	CELULAR	
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE	
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/05/2004	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente Maria das Dores Emiliano

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Doz = trauma m. ext. 5

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Doz = trauma

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Ex. de trauma 5 CID S72.8

DADOS DA SAÍDA

Data 04.08.19 Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência (X) Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

RECEBUE
EXAME DE
CID - PB 72.8
CASA DE 1112

JOÃO H. SOARES LIMA
CRM - PB 7417



☐ 01-ELETIVO ☐ 02-URGÊNCIA ☐ 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVICIOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMIENTO

1- _____ 2- _____ 3- _____

MEDICO/CRM

18:52h

Aug 2014

For Stamp as News Material
of CMA &
As Transfer Station

CO. As BC. of PAVAN
N. T. S.

Source of error

DATA

| HORA

[illegible]

PACIENTE: Michael Kelly Silva Costa

QT.: 1 CC LETO: 13.01 CONVÊNIO: SUS IDADE: 15 REGISTRO: 29246

QUIRURGIA: Transc. Cirurgico de fístula QUIRURGO: Dr. João

ANESTESIA: RACK ANESTESISTA: Dr. Victor

INSTRUMENTADORA: George DATA: 01.08.19 INÍCIO: 09:55 FIM: 11:50



NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ soros e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1111	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>Nº 2H</u>
X	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Seta	1	Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
X	Neocáin		Atadura de Crepom 10 cm
	Haloteno		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilesthesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval	X	Dreno de Tórax
	Xilocalina a 2%		Espandrapo
	Etodimidade		Xilocalina Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovafina 0,5%	X	PVPi Tintura
1	Dimorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
1	<u>Parano Ordineira non</u>		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
111	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasfil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
11	Olipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 Vi		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Thalt		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicadina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1111	<u>nylon 2.0</u>



PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15953
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 30/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO

Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100

ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125

SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 " mg/dL

Lucas Augusto Silva
Biólogo
CRM 9021





Atendimento: 201900394526

Idade: 15 anos

Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

Data: 27/07/2019

Data de Nascimento: 24/05/2004

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidelectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

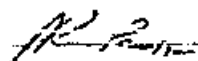
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventrículos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em: 28/07/2019 03:14.


Dr. Aluísio Pereira
CRM: 5227460.0



PRONT.: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE.: 15

C.C 1201

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método.: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente.: 16 seg.
T.P. Controle.: 13 seg.
Atividade.: 69,9 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.: 1,26
Valores de Referência:
sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente.: 41 seg.
T.T.P.A. Controle.: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente.: 26 a 36 seg.

Marlon Cleide S. A. Pereira
CRP 2.107.851
Biotecnólogo Patologista Clínico



REGIONAL-DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOV. DO
DA PÁTRIA

SECRETARIA DE
SAÚDE

SUS

cc

PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE NIRON KORDEN VALOR DE REFERÊNCIA
Método...

ERITOGRAMA

HEMÁCIAS.....: 4.190 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 12.1 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 36.6 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

MCH.....: 87,4 fL NORMAL 80 a 100
M.....: 28,9 pg NORMAL 26 a 34
MCHC.....: 33,1 g/dL NORMAL 31 a 55
SDW.....: 13.8 f NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 9.600 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5
SEGMENTADOS.....: 79 % 7584 /mm³ NORMAL 35 a 65
EOSINÓFILOS.....: 2 % 0192 /mm³ NORMAL 1 a 4
BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1
LINFÓCITOS.....: 11 % 1056 /mm³ NORMAL 25 a 45
MONÓCITOS.....: 8 % 0768 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 132.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OPSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

AS



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935

DATA 21/07/2019 HORA 18:01

MÉDICO MOURIBE ARRUDA FELINTO

PRONTUÁRIO 29846

OPERADOR LCLEA

PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA

IDADE 15a 2m

RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

Fratura fechada (E) S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução e encurtamento (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Pont 326.5 (Quem levou no joelho)

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

DMBUSTRO de 016 Pos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (X) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB,

DE

DE 20

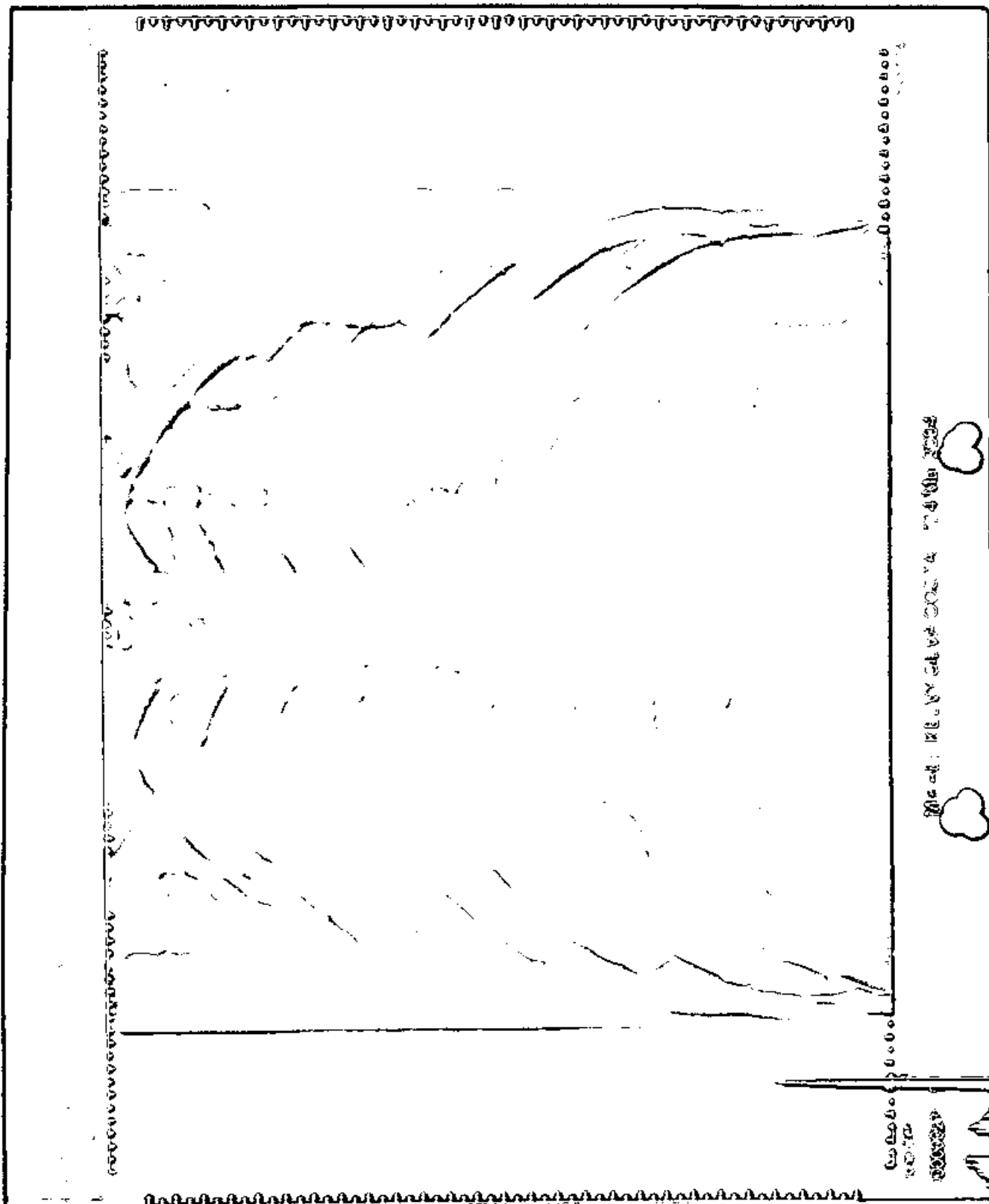
João H. Grassano Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7417

MÉDICO/CRM

988







Fl. 9/88

Processo nº 20113010280350700000035536012

27/08/2020

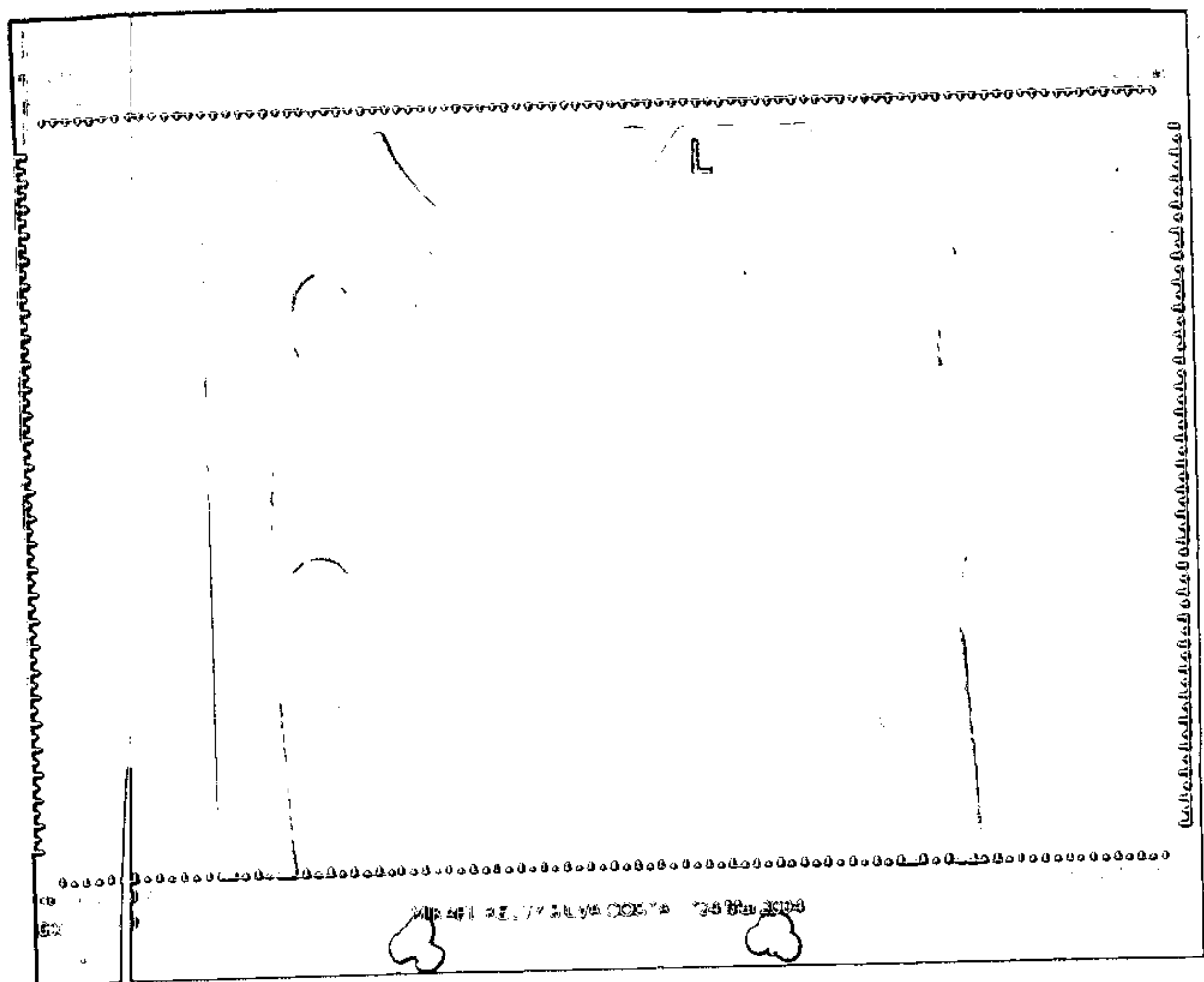
10

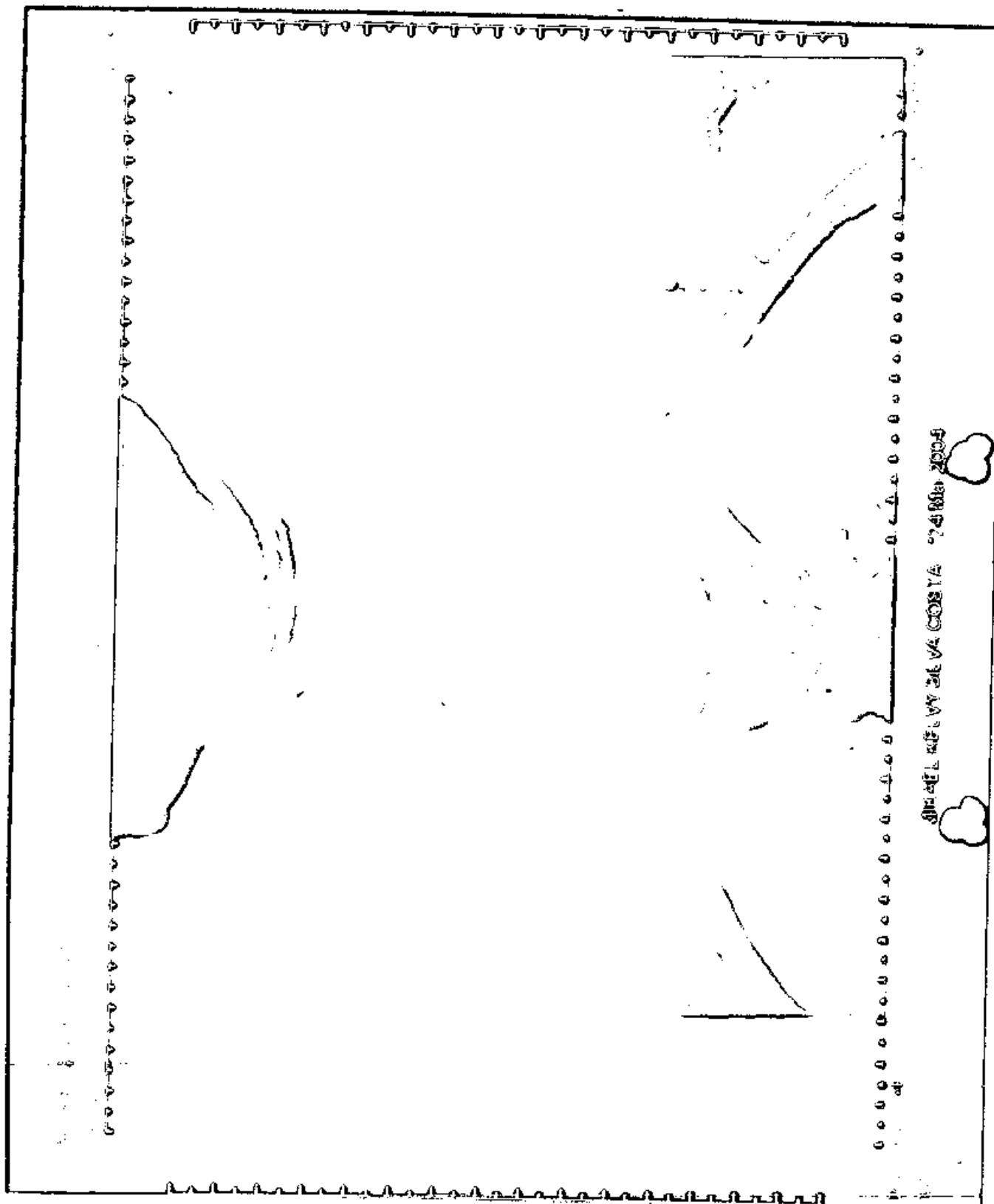
27/08/2020 17:19:18

MIKAEL KELLY SILVA COSTA - 24101072004

20000000239-5

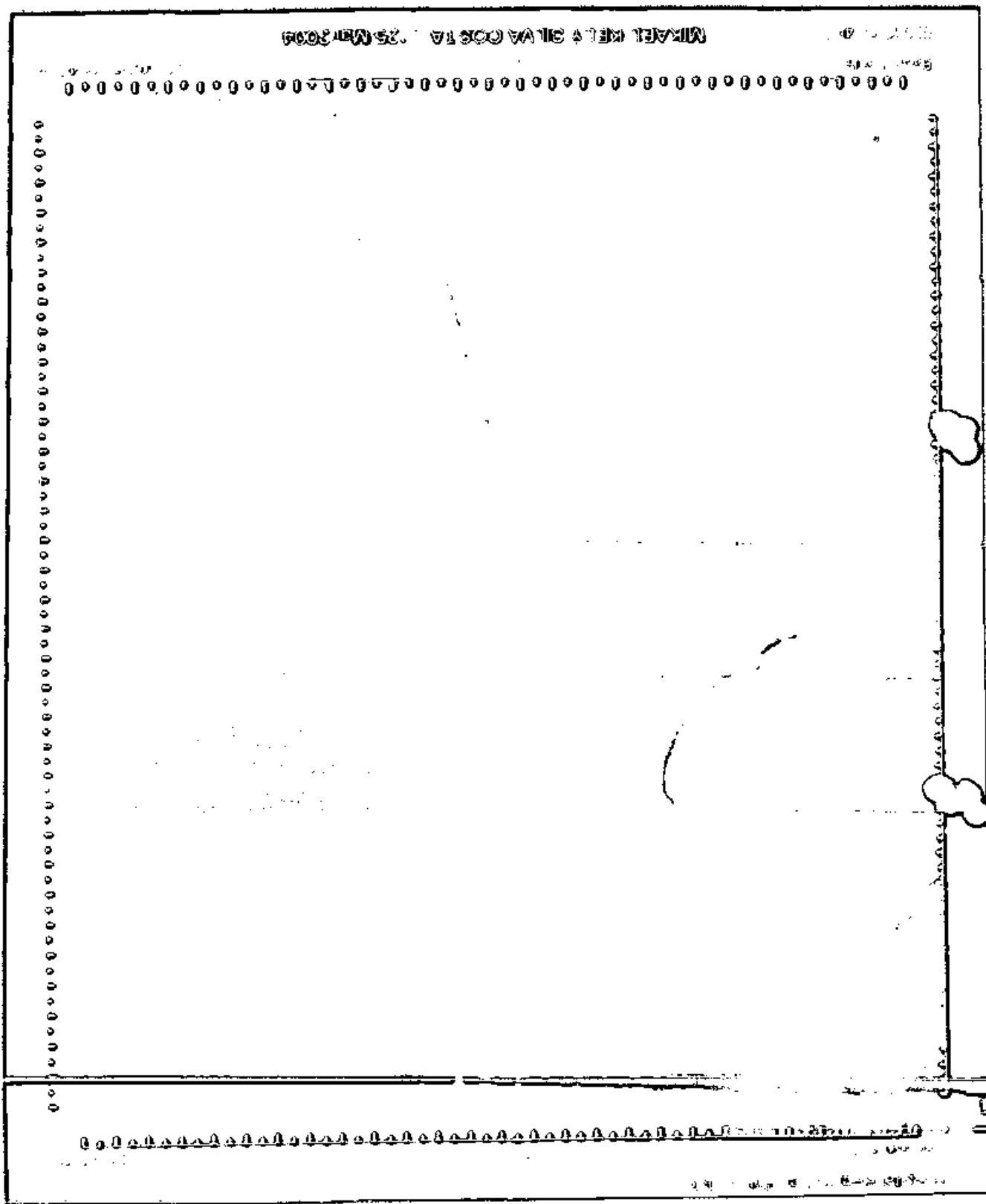




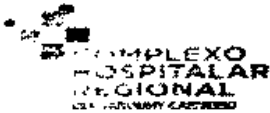
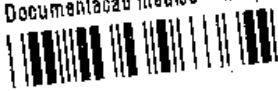


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03







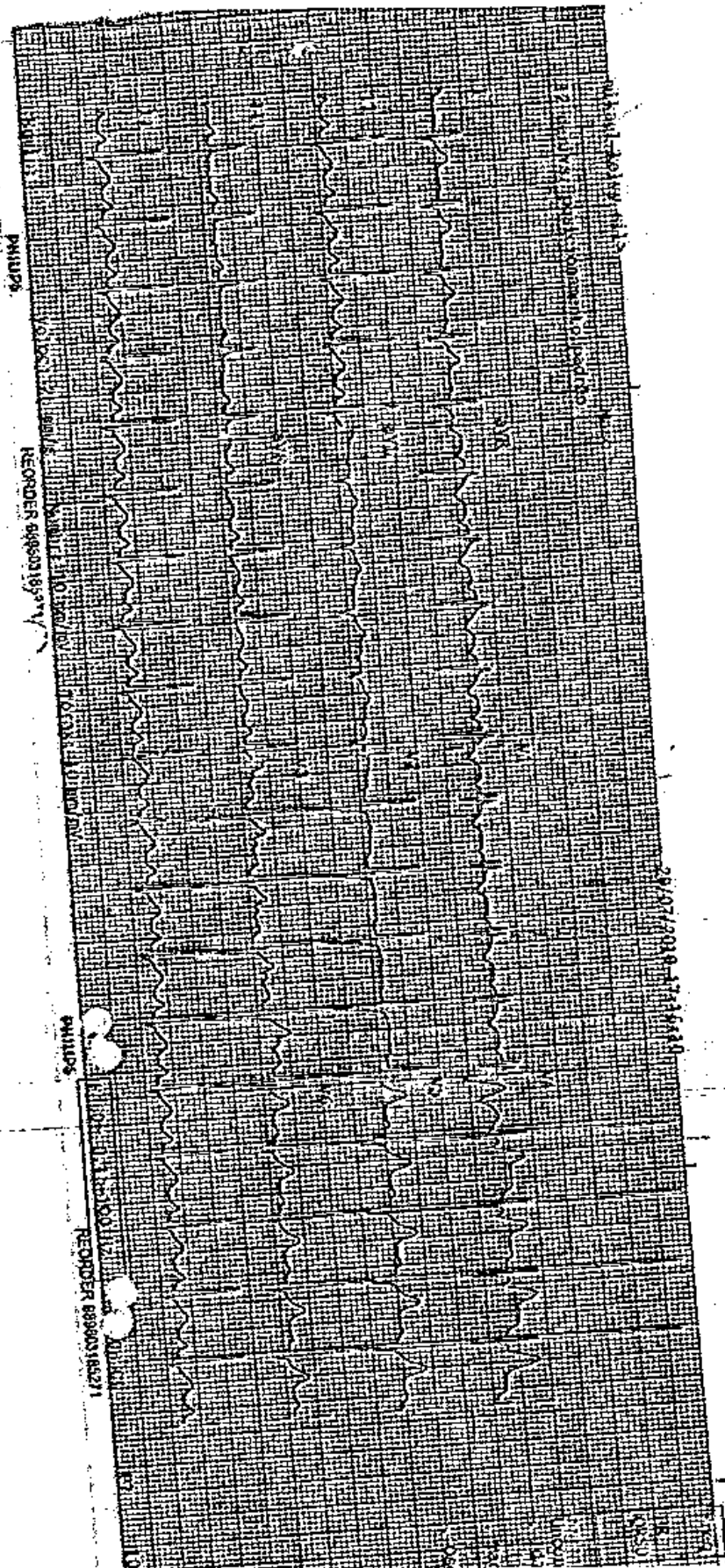
				SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: <u>Michael Kelly Silva</u>					Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: <u>01.08.19</u>		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: <u>Dr. JSS</u>		1º Auxiliar: <u>M. Vaz</u>				
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:		
Anestesia:		Tipo de Anestesia:				
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Fratura Lombos Sacra L4/L5 (C)</u>						
Tipo de Cirurgia: <u>Subtotalização (C) + Transforaminal (C)</u>						
Diagnóstico Pós-Operatório: <u>Osteosíntese</u>						
Relatório Imediato do Patologista: <u>na</u>					Documentação médica - hospitalar 	
Exame Radiológico no ato: <u>OK</u>						
Acidente Durante a Cirurgia: <u>na</u>						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal	
2. Realizado anestesia Raqui	
3. Uso de equipamento de fixação da perna para redução de fratura transforaminal (C)	
4. Controle da redução com radioscopia	
5. Preparação e antissepsia	
6. Colocação de comparsa estéril	
7. Incisão e abertura por plano na região transforaminal (C)	
8. Colocação de placa PDS + parafusos	
9. Fechamento dos planos	
10. Curativo	
11. RX controle	
João R. S. Sousa Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 1457	

RELATÓRIO DE CIRURGIA





cc

PRONT.: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMISSION.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE: 15

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE
Método: NIRON KONDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS: 4.190 milhões/mm³

FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA: 12.1 g/dL

FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO: 36.6 %

FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

MCV: 87,4 fL
MCH: 28,9 pg
MCHC: 33,1 g/dL
RDW: 13,8 %

NORMAL 80 a 100
NORMAL 26 a 34
NORMAL 31 a 55
NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS: 9.600 /mm³

NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL
MIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL
METAMIELÓCITOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL
BASÓFILOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL
SEGMENTADOS: 79 % 7584 /mm³ NORMAL
EOSINÓFILOS: 2 % 0192 /mm³ NORMAL
BASÓFILOS: 000 % 0000 /mm³ NORMAL
LINFÓCITOS: 11 % 1056 /mm³ NORMAL
MONÓCITOS: 8 190 % 0768 /mm³ NORMAL

0 a 0 NORMAL 0 a 0
0 a 0 NORMAL 0 a 0
0 a 0 NORMAL 0 a 0
0 a 5 NORMAL 0 a 9000
35 a 65 NORMAL 1800 a 8500
1 a 4 NORMAL 35 a 600
0 a 1 NORMAL 0 a 100
25 a 45 NORMAL 875 a 4500
2 a 8 NORMAL 70 a 1000

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS: 132.000 mL/mm³

NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA: 36.6
SÉRIE BRANCA:
SÉRIE PLAQUETÁRIA: 65.4

OUTRAS OBSERVAÇÕES

28.9
33.1

AS



PRONT...: 29846 N°REQUIS.: 15405
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE.....: 15

C.C 1201

COAGULOGRAMA

Material: SORO

Método...: AUTOMATICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:

T.P. Paciente.....: 16 seg.

T.P. Controle.....: 13 seg.

Atividade.....: 69,9 %

Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.

A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado.....: 1,26

Valores de Referência:

sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2

uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:

T.T.P.A. Paciente.....: 41 seg.

T.T.P.A. Controle.....: seg.

Valores de Referência:

TAP Paciente.....: 26 a 36 seg.

Marlon Cleidson S. A. Pereira
CRM 2.0028516
Biomédico Patologista Clínico



REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO 13107

GOVERNO
DO ESTADO DO
PARANÁ

SECRETARIA DE
SAÚDE

SUS

PRONT....: 29846 N°REQUIS.: 15953
PACIENTE: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

EMIÇÃO.: 30/07/2019
SEXO: M IDADE....: 15

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 mg/dL

GLICOSE JEJUM

Material.: SORO
Método....: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

RESULTADO..... 97 mg/dL

Lucas Araújo Silva
Biomédico
CRBM 9027





Atendimento: 201900394526

Idade: 15 anos

Paciente: MIKAEL KELVY SILVA COSTA

Data: 27/07/2019

Data de Nascimento: 24/05/2004

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição helicoidal em tomógrafo multidetectores, sem a administração venosa do meio de contraste, seguida de reconstruções multiplanares.

Análise:

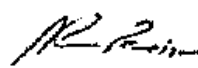
Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ventriculos laterais centrados, simétricos e de dimensões preservadas.
Sulcos, cissuras e cisternas encefálicas de amplitude habitual à faixa etária.
Quarto ventrículo anatômico.
Tronco encefálico e cerebelo sem alterações ao exame.
Calcificação da pineal e plexos coróides, sem significado patológico.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/07/2019 03:14.


Dr. Aluisio Pereira
CRM: 5227460.0



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome Mikael Kely Silva

Da Clínica _____ Enfermaria 13

A Clínica _____ Leito 04

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Risco cirúrgico

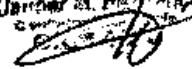
Data 29, 07, 19

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente com queixas Cardiológicas
Nega Comorbidades ou doenças crônicas.
PO = 120 x 80 mmHg
ECG = Taquicardia Sinusal
Risco Cirúrgico = Baixo Risco

30, 07, 19

30, 07, 19




RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 54935 PRONTUÁRIO 29846
DATA 21/07/2019 HORA 18:01 OPERADOR LCLEA
MUNICÍPIO ARIPUELA FELINTO
PACIENTE MARIA DE SAUS
RESUMO CLÍNICO:

Vitima de acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

fratura fêmur (E) S72.8

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Redução e fixação (E)

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Paciente evoluiu bem no pós-operatório

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Monitorar os pontos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado ☒ Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO

() Transferência para

PATOS/PB. 07 DE 08 DE 2019

JOÃO H. SASSANO CARNEIRO
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 1117

MÉDICO/CRM



PACIENTE: Mikael Kelly Silva Costa

QT: CC 1301 LEITO: SUS CONVÊNIO: 15 REGISTRO: 29846

CIRURGIA: Tratamento cirúrgico da hérnia CIRURGIÃO: Dr. João

ANESTESIA: Rack ANESTESISTA: Dr. Victor

INSTRUMENTADORA: George DATA: 01.08.19 INÍCIO: 09:55 FIM: 11:50

NOTA DE SALA - MATERIAL



QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
x	TX. de Instrumentador	1	Equipos p/ suor e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	1111	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>Nº 14</u>
x	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
x	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
x	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
x	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
x	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
x	Neocain	1	Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval	x	Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Espandrapo
	Etodimidate		Xilocaína Gel
	Ketalar	x	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	1	PVPi Tintura
1	Dimorf	x	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
1	Amoxicilina 500 mg		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
1	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
11	Cefalotina 1g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
11	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocote 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1111	<u>nylon 2.0</u>



PACIENTE: Michael Kelue Silva Costa					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. MANOEL CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA
QT.:	LEITO:	CONVENIO:	IDADE:	REGISTRO:	
		SUS	15 anos	29846	
CIRURGIA:		CIRURGIÃO:			
Procedimento esquelético		Dr. Nairib			
ANESTESIA:		ANESTESISTA:			
Local					
INSTRUMENTADORA:		DATA:	INÍCIO:	FIM:	
		21.07.19	18:40	18:50	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ sorção sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	Y	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Corativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocain 5/ Voro		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal	Y	Atadura Gessada 10 cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparradrapo
	Etodimidata		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Publivoalnia 0,5%		PVPi Tintura
	Dimorf	Y	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcen		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha Descartável
	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19 g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha	1	Fio de Kirschner 4.5



 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. CARLOS LUIZ CARVALHO		 GOVERNO DA PARAÍBA		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		
Nome do Paciente: Michael Kelay Silva					Nº Prontuário:	
Data da Cirurgia: 01.08.19		Enf.:		Leito:		
Cirurgião: Dr. João Soares		1º Auxiliar: Dr. Vitor				
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:		
Anestesia:		Tipo de Anestesia:				
Diagnóstico Pré-Operatório: fractura Lombos Sacra L4-L5 (C)						
Tipo de Cirurgia: Sub totalmentar (C) + Transilaminar (C)						
Diagnóstico Pós-Operatório: 0 / 10						
Relatório Imediato do Patologista: na						
Exame Radiológico no ato: na						
Acidente Durante a Cirurgia: na						

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1. Paciente em Decúbito dorsal horizontal
2. Realizada anestesia Raqui
3. Uso de equipamento de tração da perna para redução de fratura transilaminar (C)
4. Controle da redução com radiografia
5. Projeção e antiprojeção
6. Colocação de cones estêreo
7. Incisão e abertura por plano na região transilaminar (C)
8. Colocação de placa ODS + parafusos
9. Fechamento dos planos
10. Curativo
11. RX controle

João H. Sussana Leão
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-6 7437

RELATÓRIO DE CIRURGIA



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	54935	PRONTUÁRIO	29846
DATA	21/07/2019	HORA	18:01
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	VIA PUBLICA		
MÉDICO	MOURIBE ARRUDA FELINTO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	MIKAEL KELVY SILVA COSTA	IDADE	15a 2m
		GÊNERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA		
FILIAÇÃO II	LECIO ALVES DA COSTA		
CIDADE	PATOS	PB	58701610
ENDEREÇO	RUA SEMENTE GENTIL SN Q 105 L 55		
BAIRRO	BIVAR OLINTO		
QUALIDADE	PATOS		
TELEFONE	83998572636	CELULAR	
C.N.S.	207913783350001	IDENTIDADE	
C.P.F.	158.740.574-12	REG. NAC.	
NASCIMENTO	25/05/2004	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	ESTUDANTE

RESPONSÁVEL MARIA DAS DORES EMILIANO Ass. Resp./Paciente Maria das Dores Emiliano

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

DOL = trauma na caixa 5

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

DOL = trauma

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO Ex de trauma 5 CID 572.8

DADOS DA SAÍDA

Data 04/08/19 Hora 12 H 00 Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência (X) Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Mouribe Arruda Felinto
Ten. MED-4017-2003755/PMO
CRM-PB 7522 CRM-PE 21174

João H. Siqueira Leão
CRM-PB 7417



CARACTER DO ATENDIMENTO

() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1- | 2- | 3- |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO DATA / / HORA: :

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

21/07/10

18:30h

#Ourgencia H

Por conta de uma dor no
abdômen e diarreia
de cor e
na região de
do fígado

CD. Dr. D.C. de
T. S.
Linha de 170 cm
Sob peso de 70 kg

ERES

DATA

HORA

Assinado por: Suelio Moreira Torres
Ten. MED-410702-95755/MS
CRM-MS 10702-95755



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNPJ 08.778.268.0023/76

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM VIA PUBLICA
PACIENTE MIKAEL KELVY SILVA COSTA
NOME SOCIAL MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
FILIAÇÃO I 25/04/2004
NASCIMENTO ESTUDANTE
PROFISSÃO RUA SEMEAO GENTIL
ENDEREÇO PATOS
CIDADE (83)9985-7263
TELEFONE 207913783350001 R.G.
CHS
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II LECIO ALVES DA COSTA
IDADE 15a 2m COR PARDO GÊNERO M
BAIRRO BIVAR OLINTO
CEP 58701610
CELULAR REG. NASC.

n°SH
U.F. PB
CPF

F.R.A. 54925
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA
DATA 21/07/2019 Horário: 17:02
LATER 02 -URGENCIA
PROCEDIMENTO 000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVENIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE SAMU
PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 29846
OPERADOR MCARMO
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Maria das Dores Emiliano da Silva

PESO= PA= X

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

queixas de alodiasia em allexao /
fratura femur.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRP/CNS

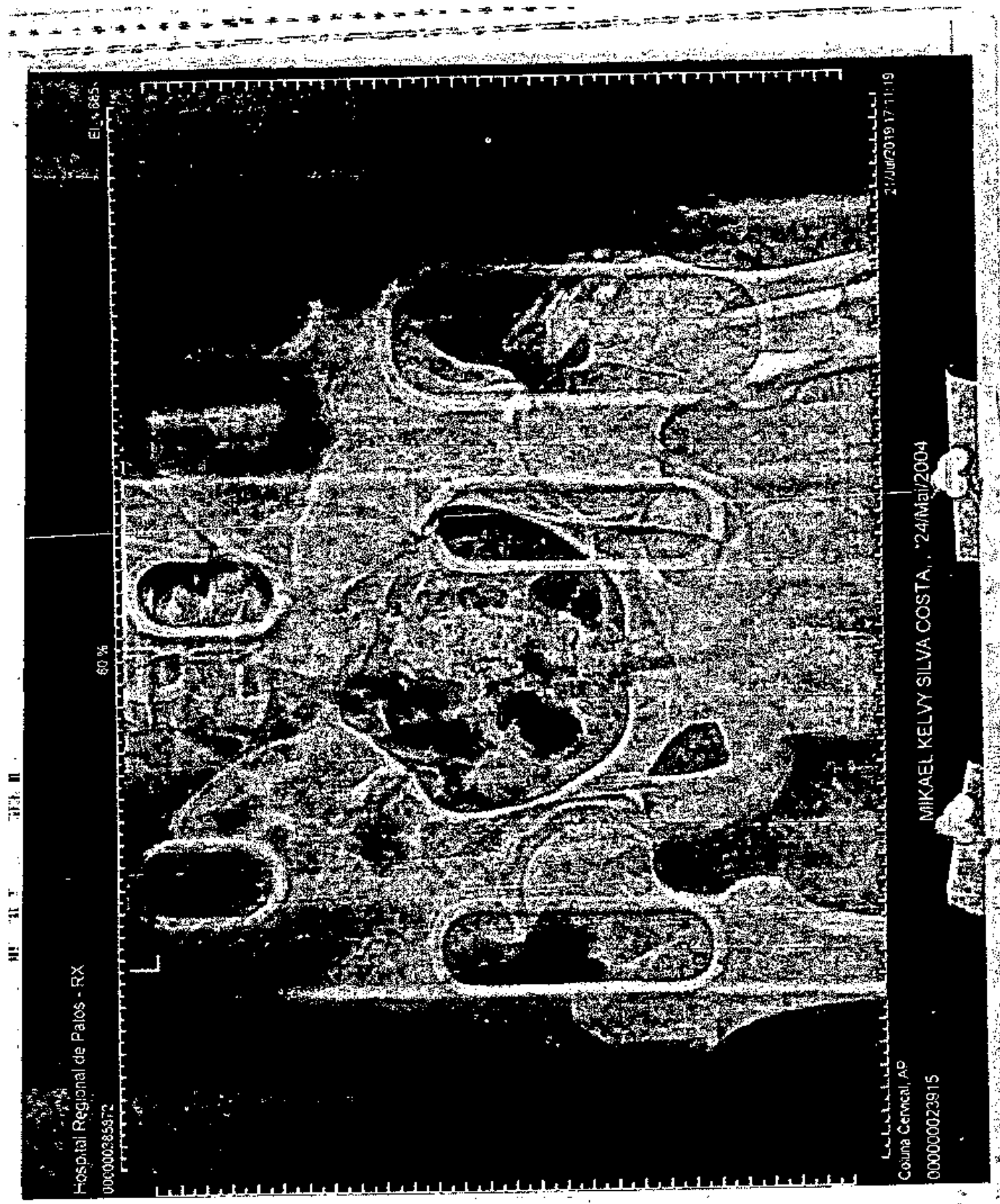
ESTADIAAMENTO PELO SISTEMA THM

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

0301060061 0301010079







Hospital Regional de Patos - RX

00000023915

60 %

El 385

MIKAEL KELVY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

27/Jun/2019 17:11:19

Couma Cervical, AP
00000023915

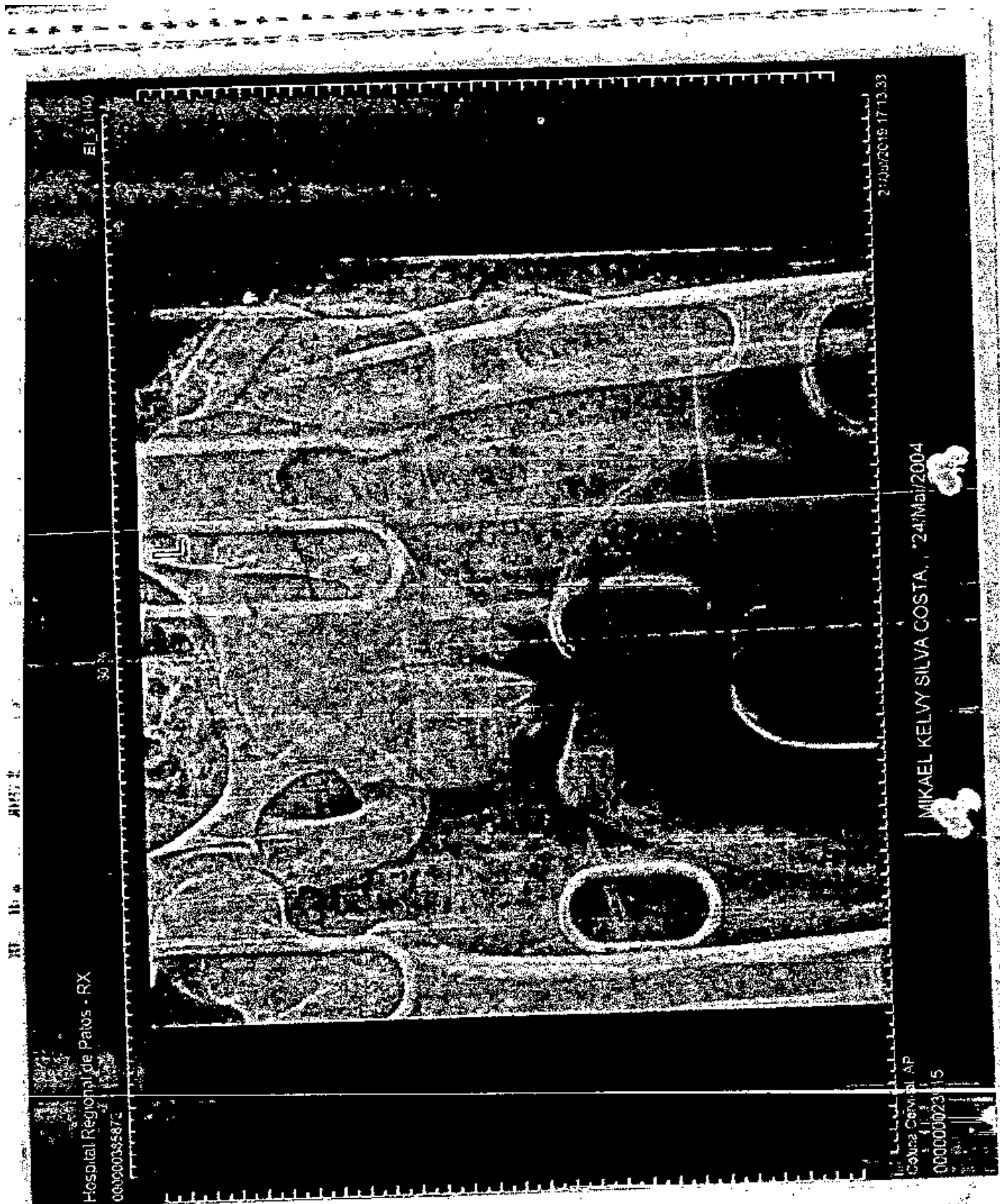


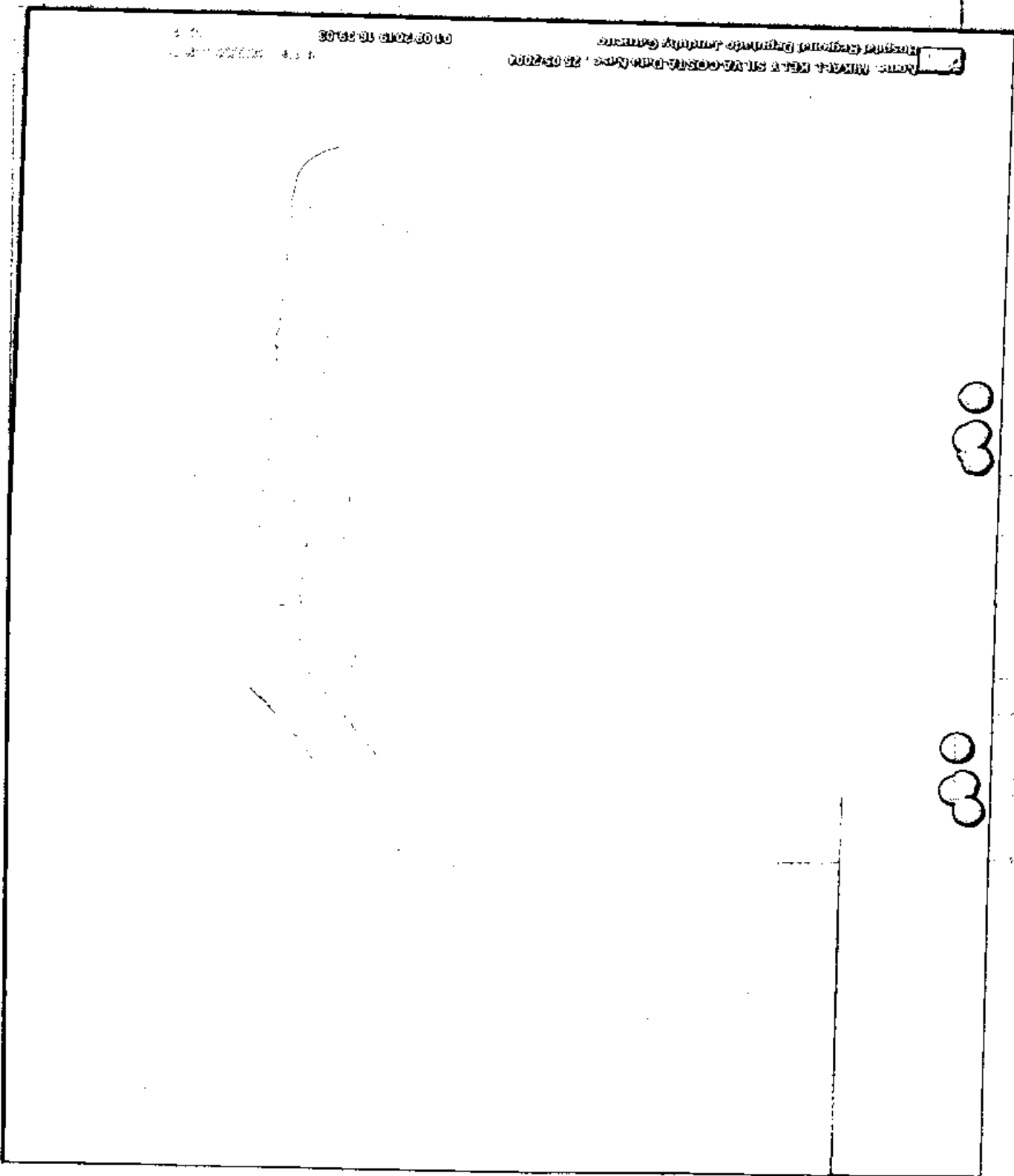


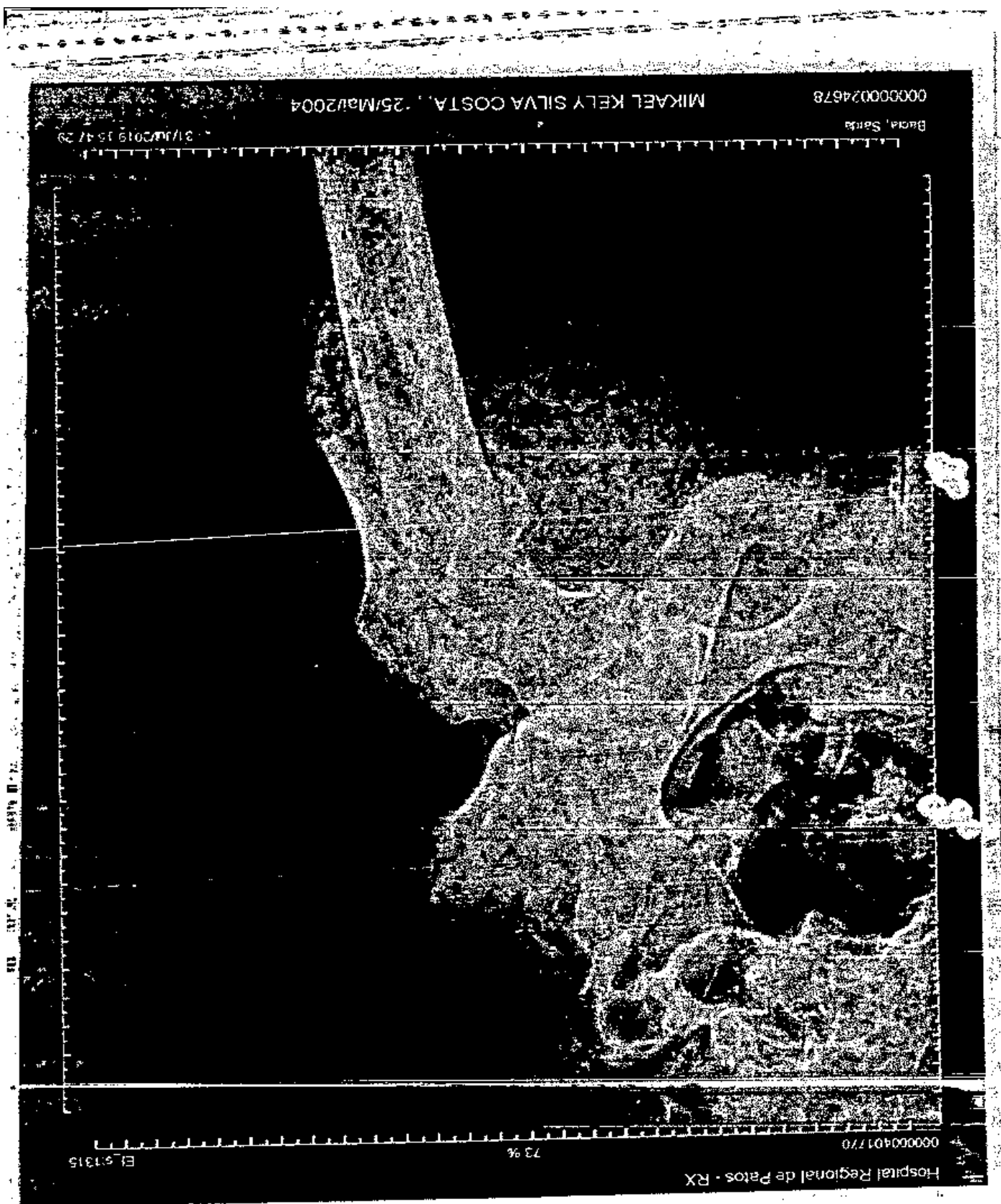
e











Hospita Regional de Páras RX
07/06/2020

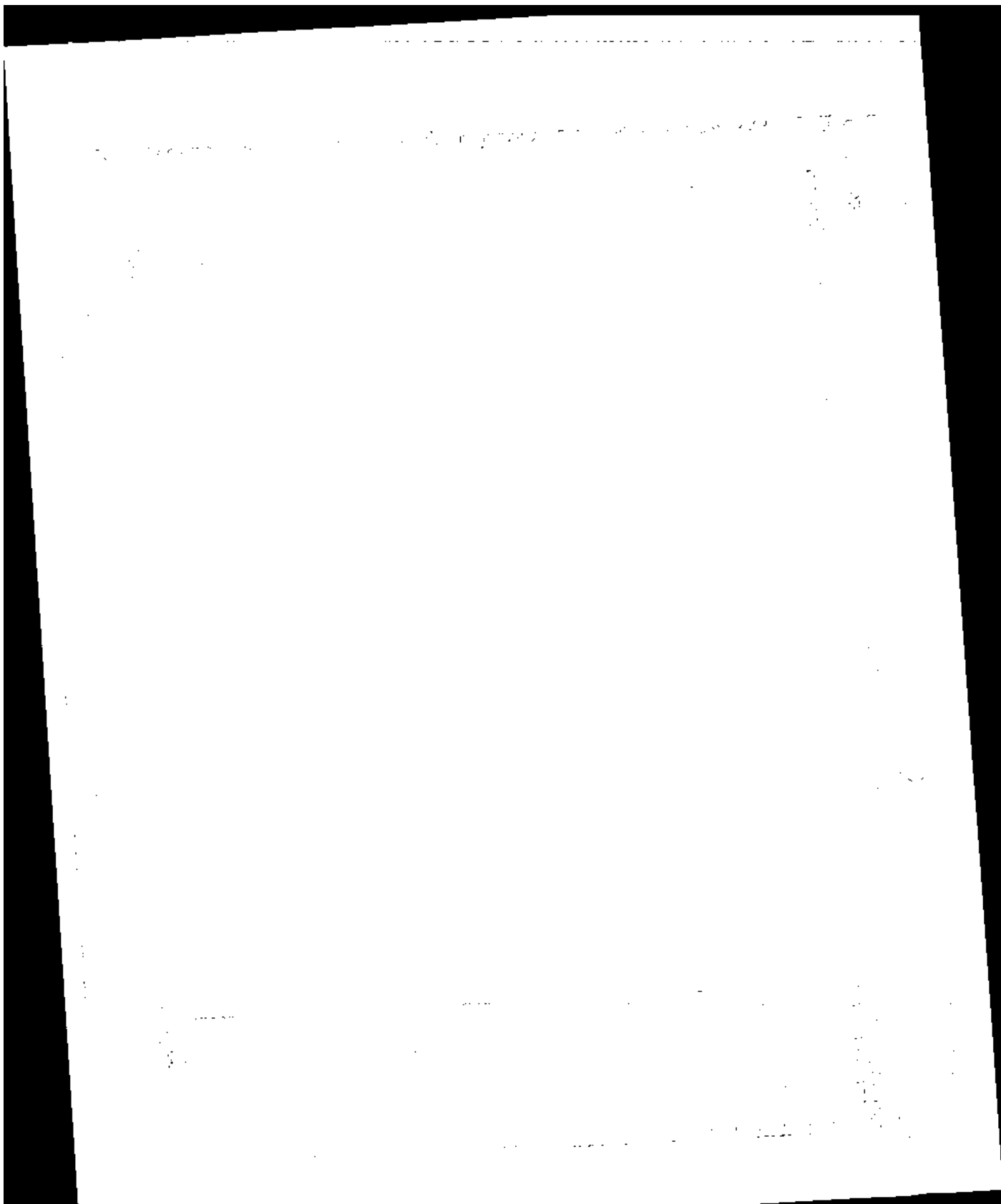
Colm Cervi AI
000000239 3

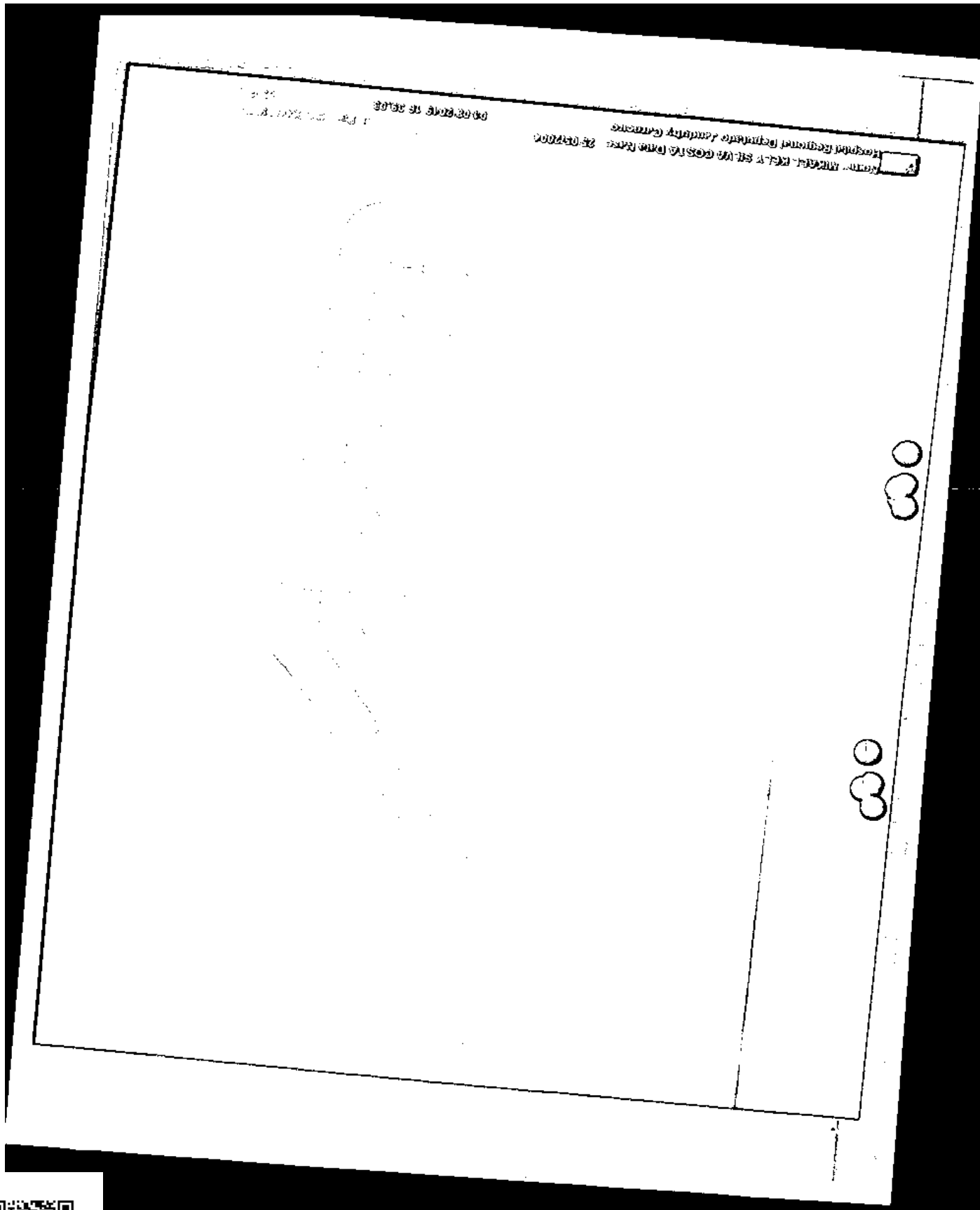
MIKAEL KELLY SILVA COSTA, 24/Mai/2004

20/06/2020

EL 300







 **Ministério da Fazenda**
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPP 

Número
158.740.574-12

Nome
MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Nascimento
24/05/2004

Documentos de Identificação



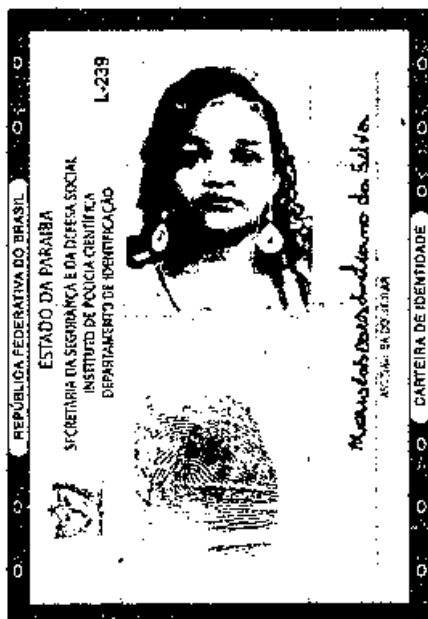
CÓDIGO DE CONTROLE
AEDA.F2F7.E746.B760



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:31:17 do dia 20/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
158.740.574-12

Nome
MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Nascimento
24/05/2004

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
AEDA.F2F7.E746.B760



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:31:17 do dia 20/09/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.535.966 - 2ª VIA DATA DE EMISSÃO 21/09/2018

NOME
MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

FILIAÇÃO
MANOEL EMILIANO DA SILVA
MARIA SALETE GUILHERME DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PIANCÓ-PB 05/10/1982

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº 6383 - LIV-A-7 - FLS.100V - CARTÓRIO OLHO D'ÁGUA-PB

CPF
068.347.414-61

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

LEI Nº 7.167 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

DOC. EMITIDAÇÃO / DATA DE EMISSÃO
25/09/66 BPP PB

CPF
068.347.414-61 DATA DE NASCIMENTO
05/10/1982

NOME
MARCEL EMILIANO DA SILVA
MARIA SALETE GUILHERME DA SILVA

RESIDÊNCIA
RUA
AR

Nº HABILITAÇÃO
06043912711

VÁLIDIDADE
04/03/2023

1ª EMISSÃO
07/04/2014

PROVEDOR PLASTIFICAR

1660740510

PARAÍBA



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190646097**

Nome do(a) Examinado(a): **MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Semeão Gentil, sn - Bivar Olinto - Patos - PB - CEP 58701-610

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **4802788**

Data e local do acidente: [**21/07/2019**] **PATOS PB**

Data e local do exame: [**17/01/2020**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM DIFICULDADE, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL PARA CONTROLE DE DANOS POR 12 DIAS. NO DIA 01/08/2019 FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 95° MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS E PINO DESLIZANTE, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40° DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20° DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30° DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II ATROFIA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM DEAMBULA COM DIFICULDADE DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

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 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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190646097 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO QUADRIL ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 40°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E ABDUTORA GRAU II, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA GLÚTEA ESQUERDA, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE LATERAL DA COXA DE 25 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DEAMBULA COM DIFICULDADE, AFIRMA DIFICULDADE DE SUBIR ESCADA E REALIZAR AGACHAMENTO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 21/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA SUBTROCANTERIANA EM FÊMUR PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA TIBIAL PARA CONTROLE DE DANOS POR 12 DIAS. NO DIA 01/08/2019 FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 95° MAIS 6 PARAFUSOS CORTICAIS E PINO DESLIZANTE, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 10 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19
Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019
Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA
COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA : 068.347.414-61

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 19/11/2019
Nome: MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA
CPF: 068.347.414-61

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA

Nathalia Beatriz Braga Costa





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: MIKAEL KELLY SILVA DA COSTA
 DATA DO ACIDENTE: 21/04/2019 CPF DA VÍTIMA: 158.740.574-12
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: MARIA AYS DORA EMILIANO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: ☐ VÍTIMA ☒ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR: R. Samuel Gentil, S/Nº Q. 105 L-55
 Nº 512 COMPLEMENTO CHRY BAIRRO BIVIAN OLINTO
 CIDADE VATOS UF PR CEP 58701-610
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 9-9857-2636

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA: PR-PS-B, 11/11/2019
 IDENTIDADE: 2.575.966-952 PR
 ASSINATURA: Maria dos Anjos Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA: 11.11.2019 R.A.T.R. CORREIOS: 8.418.086-0
 NOME: CARLA PATRÍCIA LOPES
 ASSINATURA: Monteiro



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA
COSTA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

D Declaração de Inexistência de IML

Outros

Outros



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: 17/12/2019
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Elen Tais Alves Pereira





SINISTRO -
Nº 3190646097

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
Data do Acidente: 28/11/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 158.740.974-12

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

↳ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 158.740.974-12
E-mail: MIKAEL Tel: 0819.9867.2636
Data: 28/11/2019 Assinatura: Maria dos Anjos Emiliano da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): SUELIO
Atendente: SUELIO Matrícula: 3190646097
Data: 28/11/2019 Assinatura: SUELIO

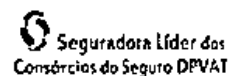


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010280350700000035536012>

Número do documento: 20113010280350700000035536012

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 21/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

Outros



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: 13/02/2020
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Bruno Leonardo do Rosário Flores



07/02/2020

Gmail - Fwd: Atendimento Seguradora Líder-DPVAT



Rachel Adalia Guedes Da Rocha Andrade <rachelefael93@gmail.com>

Fwd: Atendimento Seguradora Líder-DPVAT

1 mensagem

Maria Emiliano <mariaemiliano7961@gmail.com>
Para: rachelefael93@gmail.com

7 de fevereiro de 2020 14:39

----- Forwarded message -----

De: <faleconosco@seguradoralider.com.br>
Date: seg, 3 de fev de 2020 10:27
Subject: Atendimento Seguradora Líder-DPVAT
To: <mariaemiliano7961@gmail.com>

Prezada Senhora Maria das Dores,

Em resposta à reclamação registrada em nosso atendimento, protocolo 44493001, beneficiário/reclamante MARIA DAS DORES EMILIANO DA SILVA, informamos que a cobertura de invalidez permanente é avaliada de acordo com a documentação apresentada pela vítima. Caso não concorde com o valor recebido, apresente nova documentação médica que indique agravamento da lesão inicialmente avaliada ou de outras que não foram avaliadas e solicite a reanálise do processo.

Em caso de dúvidas, entre em contato com nossa Central de Atendimento nos telefones 4020-1596 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (outras regiões), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

<https://www.seguradoralider.com.br/>

Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

Facebook | Twitter | LinkedIn | Instagram | Youtube

José Elie Pinto
Data: 8/2/2020

il.google.com/mail/u/0/?ik=6d042af1c8&view=pt&search=all&permthid=thred-f%3A1657900558135227135&simpl=msg-f%3A1657900558135227135 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010280350700000035536012>
Número do documento: 20113010280350700000035536012

Num. 37239488 - Pág. 82



PEDIDO DE VENDAS

Materiais Médico Hospitalar EIRELI☐ **Cable Flux**

№

NF №

Proctudrig

2. 0.4.

Hospital

Vendor

Paciente

Deutscher

Médico

Instrumentador

Convenio

Procedimento

João H. Suetanna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 7.047

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

PHONE: (81) 3129-2456

F-mail: cromwelltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:28:03

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010280350700000035536012>

Número do documento: 20113010280350700000035536012

Num. 37239488 - Pág. 83

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406223/19

Número do Sinistro: 3190646097

Vítima: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

CPF: 158.740.574-12

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 21/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 13/02/2020
Nome: MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA
CPF: 158.740.574-12

MIKAEL KELVY SILVA DA COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

Bruno Leonardo do Rosário Flores

