
Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190563197

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190563197 Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Comunicamos que o prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido do Seguro DPVAT foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais e sua contagem será reiniciada imediatamente após a conclusão das verificações para esclarecimentos dos fatos.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder-DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190563197

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 01/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO HENRIQUE PEREIRA 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 dos ombros

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: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 000000172

Conta: 0000022304-0

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



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: 034/338/09 3 - CPF da vítima: 705.654.774-55 4 - Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira de Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Henrique Pereira de Silva 6 - CPF: 705.654.774-55
7 - Profissão: Intenmedo 8 - Endereço: Julio Guanchincha 9 - Número: 510 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Soledade 13 - Estado: PR 14 - CEP: 59342000
15 - E-mail: - 16 - Tel.(DDD): (83)991928029

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 00172 CONTA: 22304
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Nordeste
AGÊNCIA: 00172 CONTA: 22304
(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 (vairascor)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: -
CPF: -
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: -
CPF: -
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulo Pereira 02-10-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Paulo Henrique Pereira de Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO



REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1572/2019

Aos DEZESSETE dias do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHÃES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 15h40min; compareceu **PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA**, CPF: 705.654.774-55, RG: 4.178.829-SSP/PB, brasileiro, solteiro, natural de João Pessoa/PB, nascido aos 11/10/97, diarista, alfabetizado, filho de Elinaldo Ferreira da Silva e de Ana Maria Pereira, residente na rua Conjunto João de Souza- s/n- Sobrado/PB. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 01/09/2018, por volta das 15:00h, no Centro da Cidade de Sobrado, o declarante conduzia uma MOTO DE MARCA HONDA BROS NXR/160 BROS, DE PLACA OFG1501/PB, ANO 2017/2018, DE COR VERMELHA, CHASSÍ 9C2KD081CJR012427, EM NOME DE SEU PRIMO LENILSON FERREIRA DA SILVA, CONDUZIDA PELO DECLARANTE; QUE o declarante ao bater em buraco, o mesmo perdeu o controle da Moto, caindo ao solo; QUE o declarante foi socorrido para o Hospital Sá Andrade desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena na Capital onde recebeu os tratamento de praxe, conforme Laudo Apresentado nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Paulo Henrique Pereira da Silva

ESCRIVÃO: _____

Cezarina Maria Araújo de Medeiros

Escrivã de Polícia Mat:135.635-6

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: 0391338/19 3 - CPF da vítima: 705.654.774-55 4 - Nome completo da vítima: Paulo Henrique Pereira de Silva

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

5 - Nome completo: Paulo Henrique Pereira de Silva 6 - CPF: 705.654.774-55
7 - Profissão: N Informado 8 - Endereço: Julio Guanchincha 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Sobradinho 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58342000
15 - E-mail: (83)999969029 16 - Tel.(DDD): (83)999969029

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: - CONTA: -
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Nordeste

AGÊNCIA: 00172 CONTA: 22304
(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 (vai nascer)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: -

CPF: -

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 02-10-2019

Paulo Henrique Pereira de Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00172

CONTA: 000000022304-0

Nr. da Autenticação BAB27E89FE0D43DC

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, LENILSON FERREIRA DA SILVA

RG nº 3.634.033, data de expedição 13/03/2008

Órgão SSP PB, portador do CPF nº 094.071.374-56

com domicílio na cidade de Sobrado, no Estado de

Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PROJETAMA, CONJUNTO JOÃO DE SOUSA, nº 51 NE

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Paulo Henrique Peneira da Silva, cujo o condutor era

Paulo Henrique Peneira da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA NXR 160 BROS ESD Ano: 2017

Placa: DFG 1501/PB Chassi: 9C2KN0B10JRO12427

Data do Acidente: 01/09/18

Local e Data: Sobrado PB 03/09/2019

x Lenilson Ferreira da Silva

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO REGISTRAL NOTARIAL DE SOBRADO
Rua Manoel de Sales, 249, Centro, Sobrado - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:
LENILSON FERREIRA DA SILVA
Dou fé - Sobrado/PB - 23/09/2019
Notário: Célia Maria Nunes Cabral de Santana
Selo Digital AJC08387-4QYF
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>
Emol R\$ 9,91 Farpen R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 Fepj R\$ 1,98

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Celia Maria Nunes Cabral de Santana
Notário Público
Sobrado - PB
Selo Digital
Selo de Autenticidade



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	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	11/10/97
NOME DA MÃE	ANA MAIRA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.818
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.485
DATA DO ATENDIMENTO	01/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
CID 10	S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade e limitação funcional de ombro esquerdo. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de luxação acromio-clavicular esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula esquerda.
TC de torax
RX de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromio-clavicular esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromio-clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR:	07/09/18
DATA DA EMISSÃO:	19/11/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PR

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



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

LAUDO MEDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	11/10/97
NOME DA MÃE	ANA MAIRA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	110.818
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.485
DATA DO ATENDIMENTO	01/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:19
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
CID 10	S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor com deformidade e limitação funcional de ombro esquerdo. Consciente e orientado. Glasgow 15. Presença de luxação acromio-clavicular esquerda, com indicação de tratamento cirúrgico. Internação. Operado e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de clavícula esquerda.

TC de torax

RX de ombro esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromio-clavicular esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromio-clavicular esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 07/09/18

DATA DA EMISSÃO: 19/11/18

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2328/PB

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

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

Boletim de Atendimento: 1105485



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1321913	PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil
11/10/1997	20 anos 10 meses 21 dias	Religião
Mãe	Pai	Prontuário
ANA MARIA PEREIRA	ELINALDO FERREIRA DA SILVA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
	LENILSON FERREIRA - PRIMO(A)	
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo
83	991819095	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns
RG (IDENTIDADE)	4178829	
Local de procedência	Tipo	UF
HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPÉ)	UNIDADESAUDE	PB
Etnia	Naturalidade	CBO/R
	JOAO PESSOA	

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58342000	SOBRADO	PB	PAULO ROLIM
Número	Complemento	Bairro	
5N		CENTRO	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
01/09/2018 17:19:49	1000006688829	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente	
	OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter do atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Modo de transporte	Quem transportou		
CARRÃO PARTICULAR			

Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por

FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL

Tempo

38seg

Imprimir



Ent-leru
Aochimento

Great

ESTADO DA PARAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE S. PÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

15-5524

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente:

nte: John P. Malone

Data:

01047

End.:

Bairro:

Cidade:

Page

Unidade de origem:

Motivo de Encaminhamento

ENCLOSURE
Tengo attached en el presente un
volumen Esquema del terreno de
encanto.

Solente Fungos e Comprimidos
Terapêuticos

Medicamento Administrado

Dec. 12/80 N^o 70. 452. - 507. - 511.

Referenciado para:

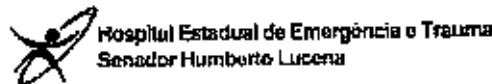
postscripten etc.

Contra referência

Motivo:

WALTER E. WRIGHT, Treasurer.

Contra referência para:

**SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE**

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	BAE 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:48	Cela Baixa
Data de nascimento 13/10/1997	Idade 20a 10m 21d	Sexo Masculino	CNS
Mãe ANA MARIA PEREIRA			Telefone da Contato (83) 991819095
Endereço PAULO ROLIM, SN	Bairro CENTRO	Município SOBRADO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	Nº Cons. Regional 5815/PB
Data/Hora Classificação 01/09/2018 17:42:21		Data/Hora Prescrição 01/09/2018 18:46:22	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA MOTOCICLETA PARADA AO SUBIR NELA, CAUSANDO TRAUMATISMO DO OMBRO ESQUERDO E HEMITÓRAX ESQUERDO.
CONDUTA: TC DE TÓRAX. RADIOGRAFIAS.
PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H. DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

ENITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ALDENIO AMORIM DE LIMA
 01/09/2018 18:46:22

Boletim registrado por: FÁTIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 01/09/2018 17:20:27

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

ALDENIO AMORIM DE LIMA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA		BAE 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:48	Data Baixa
Data de nascimento 11/10/1997	Idade 20a 10m 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 991819095
Mãe ANA MARIA PEREIRA				Prontuário
Endereço PAULO ROLIM, SN		Bairro CENTRO	Município SOBRADO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 86037
Data/Hora Classificação 01/09/2018 17:42:27			Data/Hora Prescrição 01/09/2018 20:19:26	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

 PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM QUEIXA DE DOR E INCAPACIDADE DE MOVIMENTAR O BRAÇO ESQUERDO.
SEM OUTRAS QUEIXAS.

 EF.: DEFORMIDADE APARENTE NA CLAVÍCULA ESQUERDA. COM DOR À PALPAÇÃO DA TOPOGRAFIA ACROMIOCLAVICULAR;
REDUÇÃO DA ADM DO OMBRO DEVIDO A DOR.

RX.: INCONGRUENCIA ARTICULAR NA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA.

CD.: INTERNAÇÃO.

STAFF.: DR TEOFILO.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DAPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME LABORATORIAL

Soluções registradas por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 01/09/2018 17:20:27

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

CID10

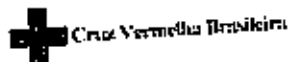
Código	Descrição
S43.1	Luxação da articulação acromioclavicular

Conduta

Internar Paciente

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Dr. Francisco P. Silva
Médico
CRM PB 9603
70340467-00077777
FRANCINEIRO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603) R
CNS



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impressão por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 03/09/2018 08:31:34

AV. ORESTES USBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel: 8332165700

Paciente PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA	Idade 20	Boletim de Atendimento 1105485	Data/Hora Entrada 01/09/2018 17:19:49	Data/Hora Saída
Data de nascimento 11/10/1997		Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110818
Tempo de internação		Convênio SUS		Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 03/09/2018 08:31:25)

EVOLUÇÃO

PROCEIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

LAC À E:

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL:

EXAMES OK:

CD: MARCAR CIRURGIA.

opção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 11
Profissional responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Consólio: 4518



1991

Penultima: 1105485

13

157

67000

M. J. De Mel

[illegible]

ASSINATURA DO DETENTOR (r) - (160)

ASSOCIATION - (1985)

ASSISTANT ATTORNEY GENERAL

Introduction



SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

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

☐

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐

DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de Bloqueio L25 (01)
 fio Kirschmann no 2,0 (02)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - CNS

41 - CPF

44 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - REGISTRO DO CONSELHO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CNS

47 - CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

11/11/2018

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA
PACIENTE POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
INCISÃO EM SABRE
DIVULSÃO + DISSECÇÃO E AVULSÃO POR PLANOS ANATOMICOS
HEMOSTASIA
Achados:
VISUALIZAÇÃO DA LUXAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA
Condução:
EXERSE DE MENISCO DA ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
LIBERAÇÃO DA MARGEM CLAVICULAR DO LIGAMENTO ACROMIOCLAVICULAR
REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO K
FIXAÇÃO DO LIGAMENTO NA CLAVICULAR
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
REVISÃO DE HEMOSTASIA
SUTURA POR PLANOS ANATOMICOS
CURATIVOS ESTÉREIS
RX DE CONTROLE
Fechamento:
Observação:
P

Médico/CRM:

Dr. Daniel Conceição Arruda
MÉDICO
CRM 71134

João Pessoa,

06/09/2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-917




Paulo Henrique Pereira da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.178.829 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/07/2013

NOME PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO ELINALDO FERREIRA DA SILVA
ANA MARIA PEREIRA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/10/1997

DOC ORIGEM

NASC.N.17822 FLS.243 LIV.A-19
CARTORIO SOBRADO-PB

705.654.774-55

JOÃO PESSOA - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB Nº 014355141078
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
COD. RENAVAM 20181500017652-52RICH
VA 1 0034421612-5 00/000000000 2018

LENILSON ALVINO DA SILVA

PLACA
OEX2178/PB

CHASSI
10146116445

PLACANT/UF
NOVO PB

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLETA

ANFAB.
2011

ANO MOD.
2011

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CATEGORIA
PARTIC

VENC. COTA ÚNICA
1º

2º

3º

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO/GOTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

OF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

29/10/2011

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

JACARAU+PB

LOCAL

DATA

19/12/2011

3105

Proprietário
do
Veículo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Lenilson Ferreira da Silva

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

3.634.011

13/03/2008

LENILSON FERREIRA DA SILVA

LEOMARCOS ANTONIO DA SILVA
MARINALVA FERREIRA DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1989

SAPE-PB

NASC.N.15801 FLS.187V LIV.A 17

CARTORIO SAPE PB

Lenilson Ferreira da Silva

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

094.071.174-56

Nome
LENILSON FERREIRA DA SILVA

Nascimento
22/11/1989

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190563197 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/11/12

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190563197 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/09/2018 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - FIO K. ALTA.
P 1/11/12

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0341338/19

Vítima: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

CPF: 705.654.774-55

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 01/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA : 705.654.774-55

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: 02/10/2019
Nome: PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA
CPF: 705.654.774-55

PAULO HENRIQUE PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA