
Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343016

Vítima: WILSON DA SILVA SALES

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), WILSON DA SILVA SALES

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200343016

Vítima: WILSON DA SILVA SALES

Data do Acidente: 10/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON DA SILVA SALES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **WILSON DA SILVA SALES**

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

Banco: **001**

Agência: **000000625-4**

Conta: **000010027546-X**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3200343046 3 - CPF da vítima: 122.020.174-02 4 - Nome completo da vítima: WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: WILSON DA SILVA SALES 6 - CPF: 122.020.174-02
7 - Profissão: EMPACOTADOR 8 - Endereço: R. TEREZA SALES DE PONTES 179 CASA 9 - Número: 179 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: JOSE AMERICA ALMEIDA 12 - Cidade: MARI 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.345-000
15 - E-mail: WILSON44SILVA99@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 99132-6206

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0625 4 CONTA: 07546 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 (ou nascen)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: MARI - PB, 14 DE OUTUBRO DE 2020

Wilson da Silva Sales
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Ag: 0625-4

Conta: 27546-8

CONTA POUPANÇA
BANCO DO BRASIL

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) - ☒ INVALIDEZ PERMANENTE - ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 122.020.174-02 3 - CPF da vítima: 122.020.174-02 4 - Nome completo da vítima: WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: WILSON DA SILVA SALES 6 - CPF: 122.020.174-02

7 - Profissão: EMPACOTADOR 8 - Endereço: R. TEREZA SALES DE PONTES 9 - Número: 179 10 - Complemento:

11 - Bairro: JOSÉ AMÉRICO ALMEIDA 12 - Cidade: MARI 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.345-000

15 - E-mail: WILSON44SILVA99@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 83 3399132-6206

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:

☒ RECURSO 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRDESCO

AGÊNCIA: 0159 8 CONTA: 880879 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 12/09/2020

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 (pal/nascit)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARI - PB, 11 DE SETEMBRO DE 2020

Wilson da Silva Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2020

Ocorrência nº. 042/2020

Aos 08 dias de setembro de DOIS MIL E vinte, nesta cidade de CAPIM/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrevã(o) ad hoc, aí, por volta 10h:30min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

WILSON DA SILVA SALES, conhecido por*****, Identidade nº 3.880.372-SSP/PB, CPF nº 122.020.174-02, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteiro, profissão: empacotador, filho(a) de Benedito Gomes Sales e Marina Valentin da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/08/1995, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, nº S/N, bairro: Centro - Capim/PB, tendo como ponto de referência: Por trás do Mercado Público, fone(s) para contato: (83)99132-6206.

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

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 10de Fevereiro de 2020;
- 3) HORÁRIO: 14h:40min;
- 4) LOCAL: PB 041 nº s/n, bairro: Centro - Capim/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena - João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? Sim;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? Não;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA HONDA CG/150; COR VERMELHA; PLACA QFQ-4499; CHASSI 9C2KC1670FR548808; FAB/MOD 2015/2015.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

GALEGO CATOMBINHO, trabalha no Mercado Rede paraíba, localizado em frente ao local do acidente.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

Que no dia de hoje o noticiante procurou esta Delegacia de Policia Civil para registrar uma ocorrência de acidente de trânsito ocorrido na PB 041, em frente ao Mercado Rede Paraíba, na cidade de Capim/PB sentido Sapé/Capim quando o veículo FIAT UNO de cor CINZA conduzido por um indivíduo conhecido por CHIQUINHO, morador do distrito de Olho d'Água, na cidade de Capim/PB tentou cruzar a referida via vindo a colidir com o veículo do noticiante; QUE neste momento teve o fêmur fraturado e foi socorrido por uma equipe do SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA na cidade de João Pessoa/PB.

12) OBSERVAÇÕES:

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

Wilson da Silva Sales
WILSON DA SILVA SALES
Comunicante

[Assinatura]
AD HOC

Escrivão/Agente/Escrivão AD-HOC Mat. nº 181.835-0

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Sapê-PB 09/09/2020 11:17:20
Severina Lúcia Balheiros Feliciano [Assinatura]
(2020-003766) ERL/RS 2.56 FAP/PM 19-0-30 FEP/RS 0.51
SELO DIGITAL: A1E26102-2008
Confira a autenticidade em: https://sefodigital.tjpb.jus.br

Felício da Silva
Serviço Notarial e Registral

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) - ☒ INVALIDEZ PERMANENTE - ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 122.020.174-02 3 - CPF da vítima: 122.020.174-02 4 - Nome completo da vítima: WILSON DA SILVA SALES

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

5 - Nome completo: WILSON DA SILVA SALES 6 - CPF: 122.020.174-02

7 - Profissão: EMPACOTADOR 8 - Endereço: R. TEREZA SALES DE PONTES 9 - Número: 179 10 - Complemento:

11 - Bairro: JOSÉ AMÉRICO ALMEIDA 12 - Cidade: MARI 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.345-000

15 - E-mail: WILSON44SILVA99@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): 833.99132-6206

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:
☒ RECURSO 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: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BRadesco
AGÊNCIA: 0159 8 CONTA: 880879 1
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 ☐ Viúva 24 - Data do óbito da vítima: 22/09/2020

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 (pal/nascit)? ☐ 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 pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MARI - PB, 11 DE SETEMBRO DE 2020

Wilson da Silva Sales

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 POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON DA SILVA SALES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00625-4

CONTA: 000010027546-X

Nr. da Autenticação FC37FAA7EE21B10F



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Filho, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 08.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

254.54090

REFERÊNCIA

AGO/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DE VITIMA DOS SANTOS LIMA
RUA TEREZA SALES DE PONTES, 179 - JOSE AMERICO
ALMEIDA MARI PR 58345-1000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
062.004.250.0179.000	000	1	0	0	0	

Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
Y190-701155	26/12/2019	EXT. CALÇ. LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA
63	75	12	31	06/09/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JUL/2020	11			PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
JUN/2020	12			TURBIDEZ 34 36 36
MAI/2020	13			CLORO 34 53 28
ABR/2020	11			PH 8 8 8
MAR/2020	9			COR 10 36 15
FEV/2020	6			COL. TOTAIS 34 36 33
DADOS REFERENTES A: JUN/2020				
MEDIA (M)	10			

DATA DA IMPRESSÃO: 07/08/2020 HORA DA IMPRESSÃO: 08:11:27

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	10 M3	37,91
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	2 M3	9,78
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,42 PIS E COFINS: LEI 12.731/12

VENCIMENTO: 19/08/2020 Total a Pagar: R\$ 47,69



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE WILSON DA SILVA SALES
DADOS DE NASCIMENTO 14/08/95
NOME DA MÃE MARINALVA VALENTIM DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.222.165
Nº PRONTUÁRIO 121.060
DATA DO ATENDIMENTO 10/02/20
HORA DO ATENDIMENTO 16:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA-EXPOSTA DA DIÁFISE DO FEMUR E
CID 10 S 72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, apresentando queixa de trauma na cabeça com relato de perda da consciência, cervicalgia, além de trauma com dor e limitação dos movimentos em membro inferior E (coxa). Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC da coluna cervical
RX da bacia - AP
RX da coxa E + joelho E - AP e P
RX da perna E + pé E - AP e P
USG do abdome total - FAST



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Rua Cor. Américo Roberto Duarte, 1167 - Jd. São
Paraná - CEP: 58.400-000 - Fone: (33) 3224-0141
Serviço Notarial e Registral - Fone: (33) 3224-0141

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
São-PB 09/09/2020 11:17:30
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
(2020-003767) EML:R\$ 2,56 FAPEN/R\$ 0,130 FEPJ:R\$ 0,51
SELO DIGITAL: AK126103-K018
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO U...
Feliciano da Silva
Tribunal

TRATAMENTO:

Fratura exposta da diáfise do femur E ao RX. Sem alteração à TC's, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rodrigo Amaral e Dr. João Henrique no 1º tempo; pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. José Renná no 2º tempo e pelo Dr. Roberto Correia e Dr. Raiff Gonçalves no 3º tempo, todos da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 28/02/20
DATA DE EMISSÃO: 11/08/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

10/02/2020

- TiMed



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



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332105700

Boletim de Atendimento: 1222165



Identificação do paciente				
ID 1494202	Nome WILSON DA SILVA SALES	Sexo Masculino		
Data de nascimento 14/08/1985	Idade 24 anos 5 meses 27 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mão MARINALVA VALENTIM DA SILVA	Pai BENEDITO GOMES SALES			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) WELLINGTON DA SILVA - (IRMAO(A))			
DDD Celular 83	Celular 992221518	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3860372	Nº Cns 704804574920848		
Local de procedência CAPIM	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58287000	Município de residência CAPIM	UF PB	Logradouro PROJETADA	
Número S/N	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 10/02/2020 16:07:33	Número da pulseira 100006823671	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial NÃO	Plano de saúde NÃO	Voto de ambulância NÃO	Trauma NÃO	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 120 x 80 mmHg	Pulso 92	Temperatura 37 °C		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente consciente, orientado com lesões em ASE & MIB, dor em região intercostal, rega p/ exoc				
Diagnóstico				CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA				Tempo 01min 28seg

Imprimir



Seus todos
PARAÍBA
Governo do Estado

HM
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOR JOSE MARIA PIRES



SUS
Sistema
Único
de Saúde

Endereço:

Tel:
CNES:

Boletim de Atendimento: 45980



Identificação do paciente

ID 80295	Nome WILSON DA SILVA SALES	Sexo Masculino
Data de nascimento 14/08/1995	Idade 24 anos 5 meses 28 dias	Estado civil
Religião		Prontuário
Mãe MARINALVA VALENTIM DA SILVA	Pai BENEDITO GOMES SALES	
Escolaridade	Responsável (Parentesco)	
DDD Celular 83	Celular 999999999	DDD
Telefone		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3880372	Nº Cns 704804574990848
Local de procedência	Tipo	UF
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R

Endereço

CEP 58287000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro SAO SEBASTIAO - CAPIM
Número SN	Complemento	Bairro SONA RURA	

Admissão

Data e Hora 11/02/2020 22:10:00	Número da pulseira 46715	Convênio SUS
Especialidade CLÍNICA MÉDICA	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente HOSPITAL EMERGÊNCIA TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento OUTROS	Detalhe do acidente

Indicadores e Transporte

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

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO	Tempo 01seg

Imprimir



Sempre todos
PARAÍBA
Governo do Estado

H M
HOSPITAL
METROPOLITANO
DOM JOSÉ MARIA PIRES



SUS
Sistema
Único
de Saúde

BOLETIM DE INTERNAÇÃO

Data de Impressão
11/02/2020 22:20:58

Prontuário: 21586 Atendimento: 45980

Nome: **WILSON DA SILVA SALES**

Nome: **WILSON DA SILVA SALES**

Documento: 3880372

Sexo: Masculino

Raça / Cor: PARDAS

Data Internação: 11/02/2020

22:20:55

Data de nascimento: 14/08/1995 Idade: 24 Ano(s)

Unidade de internação: **INTERNAÇÃO ORTOPEDIA**

Leito: **LEITO E05-02**

Logradouro: **SÃO SEBASTIAO - CAPIM** Número: **SN**

Complemento:

Bairro: **SONA RURA** Cidade: **NAMANGUAPE** Estado: **PB** CEP: **58287000**

Mãe: **MARINALVA VALENTIM DA SILVA** Telefone: () Celular: **(83) 992221516**

Convênio: **SUS** Plano de saúde:

Gula:

Nº Cns: 704804574990848

Tratamento: 408050489202002

Médico:

CPF:

CRM:

Especialidade: **CIRÚRGICO** Funcionário responsável pela internação: **JULIANA KARLA DA SILVA ARAUJO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

O abaixo assinado, responsável pelo paciente de plena autorização ao Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, que assistem, para levarem a cabo o tratamento de sua enfermidade e realizarem as investigações que julgarem necessárias ao diagnóstico de seu mal, bem como se submeter a todas as disposições gerais contidas no regulamento da Instituição.

Marinalva Valentim da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

2364533 SSPS/PB
Número de Identidade

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Certifico que **WILSON DA SILVA SALES** deixou a Hospital Metropolitano Dom José Maria Pires, contra o parecer dos médicos desta instituição que o assistiram, assumindo inteira responsabilidade por tal atitude.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Número de Identidade

Dados da alta

Diagnóstico Definitivo:

Procedimento da Alta:

Dados clínicos:

Motivo da Alta:

Declaração de Óbito:

Data de Alta:

Assinatura do Médico



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Santos Festos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 33185700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
WILSON DA SILVA SALES	1222165	10/02/2020 18:07:33	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
14/08/1995	Masculino	704804574990848	(83) 992221516
Mãe			Prontuário
MARINALVA VALENTIM DA SILVA			121080
Endereço	Bairro	Município	UF
PROJETADA, S/N	CENTRO	CAPIM	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DANIEL CONSERVA ARRUDA	11134/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/02/2020 16:07:33		10/02/2020 21:42:44	

ANAMNESE

ORTOPEDIA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR EM COXA ESQ PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE FEMUR ESQ
CD: INTERNAMENTO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

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

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

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

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CIPROFLOXACINO 400MG - 2MG/ML (FRASCO 200ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, POR 3 DIA(S)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V, ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT < 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

Conduta

Internar Paciente



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Sumos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Identificação	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SON DA SILVA SALES	1222165	10/02/2020 16:07:33	Telefone de Contato
Idade	Sexo	CNS	(83) 992221516
18/1995	Masculino	704804574990848	Prontuário
Nome	Bairro	Município	UF
RINALVA VALENTIM DA SILVA	CENTRO	CAPIM	PB
Objeto	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OBJETADA, S/M	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO	12002/PB
Identificação		Data/Hora Prescrição	
ICULO X MOTO		10/02/2020 18:30:02	
Data/Hora Classificação			
10/02/2020 16:07:33			

NAMNESE

#CIRURGIA GERAL: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. REFERINDO TRAUMA NA CABEÇA, COM RELATOS DE PERDA DA CONSCIENCIA, NEGA NAUSEAS E VOMITOS. AO MESMO TEMPO SE QUEIXA DE CERVICALGIA, ALEM DE DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM MIE. - AO EXAME: ABDOME FLACIDO E POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO SEM SINAIS DE PERITONITE TORAX INDOLOR SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO - CD: SOLICITO TC DE CRANIO E CERVICAL / FAST / RX DE BACIA, COXA, JOELHO E PERNA ESQUERDA PARECER DA ORTOPEDIA / NEUROCIRURGIA ANALGESIA

DICAÇÃO

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

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 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

IOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE BACIA

IOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Miguel N. Rodrigues Terceiro Neto
Miguel N. Rodrigues Terceiro Neto
Médico
CRM/PB 12002

MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO
(CRM: 12002/PB)

Enfermeiro



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Paraíba
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32185700 - CNES: 2593262

Paciente
WILSON DA SILVA SALES

Data de nascimento
14/08/1995

Nome
MARINALVA VALENTIM DA SILVA

Endereço
PROJETADA, S/N

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
16/02/2020 16:07:33

BAE
1222165

Sexo
Masculino

Bairro
CENTRO

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
10/02/2020 16:07:33

CNS
704804574990848

Município
CAPIM
Profissional
LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
Data/Hora Prescrição
10/02/2020 20:22:06

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 992221516
Prontuário

UF
PB
Nº Cons. Regional
4687/PB

ANAMNESE

HIISTÓRIA GERAL: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, REFERINDO TRAUMA NA CABEÇA, COM
RELATOS DE PERDA DA CONSCIÊNCIA, NEGA NAUSEAS E VÔMITOS. AO MESMO TEMPO SE QUEIXA DE CERVICALGIA, ALEM DE DOR
E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO EM MIE. - AO EXAME: ABDOME FLACIDO E POUCO DOLOROSO A PALPAÇÃO SEM SINAIS DE
PERITONITE TORAX INDOLOR SEM SINAIS DE CREPITAÇÃO - CD: SOLICITO TC DE CRANIO E CERVICAL / FAST / RX DE BACIA, COXA,
JOELHO E PERNA ESQUERDA PARECER DA ORTOPEDIA / NEUROCIRURGIA ANALGESIA
(10/02/2020 16:30:02-MIGUEL ALVES RODRIGUES TERCEIRO NETO)

NEUROCIRURGIA - ACIDENTE DE MOTO, BEG. EUPNEICO, GLASGOW 15, SEM DÉFICITS APARENTES, MIE IMOBILIZADO, TC CRANIO
E CERVICAL NDN, SEM LESÕES NEUROCIRURGICAS (SEM LAUDO RADIOLOGICO). CD.: ALTA DA NEUROCIRURGIA.
(10/02/2020 20:22:06-LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO)

MEDICAÇÃO

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

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

Diluir

KETAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE ESQUERDO
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.8 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

LUIZ RICARDO SANTIAGO MELO
(CRM: 4587/PB)

30feim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 10/02/2020 16:09:01



RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: WILSON DA SILVA SALES BE/PRONTUÁRIO 1222165
IDADE: 24 SEXO: MAS COR: DATA: 27/2/2020
CLÍNICA / SETOR: ORTOPEDIA M03 2
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO
CIRURGIÃO: DR ROBERTO CORREIA 1º ASS: DR RAIFF
2º ASS: MRI JORGE 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: RAQUI HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

PSEUDOARTROSE DE FRATURA DISTAL DE FÊMUR ESQUERDO	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 27/2/2020



Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPÇÃO E ANTISSEPÇÃO

APosição DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIÓTICO PROFILAXIA

Incisão:

VIA DE ACESSO LATERAL DA COXA ESQUERDA

HEMOSTASIA CRITERIOSA

DISSECÇÃO POR PLANOS

Achados:

FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA, SOB ESCÓPIA

FIXAÇÃO DE PLACA DCP LARGA 16 FURROS + 11 PARAFUSOS CORTICAIS NA PLACA + 02 INTERFRAGMENTAR

REVISÃO DA HEMOSTASIA

LIMPEZA ABUNDANTE COM SF 0,9%

OBSERVAÇÃO REDUÇÃO POR ESCÓPIA

LMC COM SF 0,9%

REVISÃO DA HEMOSTASIA

ESCOPIA DE CONTROLE

Encerramento:

FECHAMENTO POR PLANOS

DRAPÓRIOS ESTÉREIS

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa,

27/2/2020

Marina Clotilde Trapani dos Santos
Técnica de Enfermagem
CNPJ nº 33.938.385

Nota de Sala Cirúrgica

BE: 1222165

8/11/2020

NOME DO PACIENTE: <u>Wilson da Silva Sales</u>	
IDADE: <u>24</u> BE:	PRONTUÁRIO: <u>1222165</u> MARIA: <u>LETO</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Cir. Fratura Aberta de Femur + ferimento extenso em antebraço</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Rodrigo + Dr. João Henrique</u>	
ANESTESIA: <u>Raque</u>	
ANESTESISTA: <u>Dr. Edeon</u>	
INSTRUMENTADOR: <u></u>	
DATA: <u>10/02/2020</u> TEMPO CIRÚRGICO: <u>ANESTESIA: INÍCIO: 21:00 AS</u> CIRURGIA: <u>INÍCIO: 21:10 AS</u> <u>22:10</u>	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)	
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()	
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANIL	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	01
BUPIVACAÍNA PESADA	
ETANIDINA	
OPERIDOL	
ONIDATO	
SOLUÇÕES	
PENOBARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%
FENTANIL	PVPI DEGERMANTE
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 13X07
MIDAZOLAM	AGULHA 25X03
MORFINA	AGULHA 40X12
HYDROCODOL	AGULHA PERIDURAL Nº16
PANCRUMIO	AGULHA PERIDURAL Nº17
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº250
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº260
ROCURONIO	AGULHA RAQUI Nº270
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM
NOBENTIL	ATADURA GESSADA
MATERIAIS	
LIDOCAÍNA C/ VASO	AGULHA 13X4,5
LIDOCAÍNA S/ VASO	AGULHA 13X07
MIDAZOLAM	AGULHA 25X03
MORFINA	AGULHA 40X12
HYDROCODOL	AGULHA PERIDURAL Nº16
PANCRUMIO	AGULHA PERIDURAL Nº17
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18
PROPOFOL	AGULHA RAQUI Nº250
RAMIFENTANIL	AGULHA RAQUI Nº260
ROCURONIO	AGULHA RAQUI Nº270
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM
NOBENTIL	ATADURA GESSADA
MATERIAIS CONT.	
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº13	
LÂMINA BISTURI Nº23	
LÂMINA BISTURI Nº24	
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE EMOERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
MÁSCARA CIRÚRGICA	
MULTIVIAS	
PERFORADOR DE SORO	
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	
PIO CAT GUI CROMADO Nº	
PIO CAT GUI CROMADO Nº	
PIO DE AÇO Nº	
PIO DE AÇO Nº	
PIO DE NYLON Nº	
PIO DE NYLON Nº	
PIO DE NYLON Nº	
PIO POLIGLACTINA Nº	
PIO POLIGLACTINA Nº	
PIO POLIGLACTINA Nº	
PIO POLIPROPILENO Nº	
PIO POLIPROPILENO Nº	
PIO POLIPROPILENO Nº	
PIO POLIGLECAPRONE Nº	
PIO SEDA Nº	
PIA CARDÍACA	
MATERIAL ESPECIAL	
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRÚRGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
PIO DE KIRSCHNER Nº	
PIO DE KIRSCHNER Nº	
PIO STEINMAN Nº	
PIO STEINMAN Nº	
GRANDEADOR CIRÚRGICO	
MEMOST. ABSORVIVEL	
KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT. FAM	
FIXADOR EXTERNO	
EQUIPAMENTOS	
ASPIRADOR	
MONITOR ELÉTRICO	
CAPINOGRÁFO	
CÁRDIOGRÁFO	
RESPIRADOR	
FOCO AUXILIAR	
FOCO CENTRAL	
MICROSCÓPIO	
NOÔMETRO DE PULSO	
P.A. INVASIVANÃO INVASIVA	
PERFORADOR ELÉTRICO	
SERRA	

10/02/2020

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 10/02/2020

PRONTUÁRIO: 1222165

PACIENTE: WILSON DA SILVA SANTOS SEXO: M COR: P IDADE: 24 anos

PRESSÃO: 140/90 PULSO: 75 RESPIRAÇÃO: 12/min TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO: ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: MV () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO AP. CIRCULATÓRIO: RC () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

AP. DIGESTIVO: REGULAR () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO ESTADO MENTAL: COE DROGAS EM USO: ESTADO FÍSICO (TASA):

PRÉ-ANESTÉSICO: LIDF 40mg

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FEMUR (E)

CIRURGIA REALIZADA: CIRURGIÃO: Dr. João Henrique

INICIO DA ANESTESIA: 20/45h TÉRMINO DA ANESTESIA: 22h DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1:15h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: Edvan Bonfim CRM-PB 020265734-32 CRM-PB 6829

ANESTESIA GERAL () REGIONAL () EPIDURAL () BLOQUEIO () BLOCO NERVOS () OUTROS ()

Medicamentos e materiais usados no ato anestésico:

1. Propofol 100mg 2. Lidocaina 2%

3. Fentanyl 100mcg 4. Midazolam 10mg

5. Atropina 1mg 6. Oxigênio 10L

7. Soro fisiológico 1000ml 8. Soro fisiológico 1000ml

9. Soro fisiológico 1000ml 10. Soro fisiológico 1000ml

11. Soro fisiológico 1000ml 12. Soro fisiológico 1000ml

13. Soro fisiológico 1000ml 14. Soro fisiológico 1000ml

15. Soro fisiológico 1000ml 16. Soro fisiológico 1000ml

17. Soro fisiológico 1000ml 18. Soro fisiológico 1000ml

19. Soro fisiológico 1000ml 20. Soro fisiológico 1000ml

21. Soro fisiológico 1000ml 22. Soro fisiológico 1000ml

23. Soro fisiológico 1000ml 24. Soro fisiológico 1000ml

25. Soro fisiológico 1000ml 26. Soro fisiológico 1000ml

27. Soro fisiológico 1000ml 28. Soro fisiológico 1000ml

29. Soro fisiológico 1000ml 30. Soro fisiológico 1000ml

31. Soro fisiológico 1000ml 32. Soro fisiológico 1000ml

33. Soro fisiológico 1000ml 34. Soro fisiológico 1000ml

35. Soro fisiológico 1000ml 36. Soro fisiológico 1000ml

37. Soro fisiológico 1000ml 38. Soro fisiológico 1000ml

39. Soro fisiológico 1000ml 40. Soro fisiológico 1000ml

41. Soro fisiológico 1000ml 42. Soro fisiológico 1000ml

43. Soro fisiológico 1000ml 44. Soro fisiológico 1000ml

45. Soro fisiológico 1000ml 46. Soro fisiológico 1000ml

47. Soro fisiológico 1000ml 48. Soro fisiológico 1000ml

49. Soro fisiológico 1000ml 50. Soro fisiológico 1000ml

51. Soro fisiológico 1000ml 52. Soro fisiológico 1000ml

53. Soro fisiológico 1000ml 54. Soro fisiológico 1000ml

55. Soro fisiológico 1000ml 56. Soro fisiológico 1000ml

57. Soro fisiológico 1000ml 58. Soro fisiológico 1000ml

59. Soro fisiológico 1000ml 60. Soro fisiológico 1000ml

61. Soro fisiológico 1000ml 62. Soro fisiológico 1000ml

63. Soro fisiológico 1000ml 64. Soro fisiológico 1000ml

65. Soro fisiológico 1000ml 66. Soro fisiológico 1000ml

67. Soro fisiológico 1000ml 68. Soro fisiológico 1000ml

69. Soro fisiológico 1000ml 70. Soro fisiológico 1000ml

71. Soro fisiológico 1000ml 72. Soro fisiológico 1000ml

73. Soro fisiológico 1000ml 74. Soro fisiológico 1000ml

75. Soro fisiológico 1000ml 76. Soro fisiológico 1000ml

77. Soro fisiológico 1000ml 78. Soro fisiológico 1000ml

79. Soro fisiológico 1000ml 80. Soro fisiológico 1000ml

81. Soro fisiológico 1000ml 82. Soro fisiológico 1000ml

83. Soro fisiológico 1000ml 84. Soro fisiológico 1000ml

85. Soro fisiológico 1000ml 86. Soro fisiológico 1000ml

87. Soro fisiológico 1000ml 88. Soro fisiológico 1000ml

89. Soro fisiológico 1000ml 90. Soro fisiológico 1000ml

91. Soro fisiológico 1000ml 92. Soro fisiológico 1000ml

Dr. Edvan Bonfim
Anestesiologista
CRM - PB 6829

Dr. Edvan Bonfim
Anestesiologista
CRM - PB 6829

Dr. Edvan Bonfim
Anestesiologista
CRM - PB 6829

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.880.372 DATA DE EMISSÃO 28/07/2010

NOME WILSON DA SILVA SALES

FILIAÇÃO BENEDITO GOMES SALES
MARINALVA VALENTIM DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PESSOA-PB 14/08/1995

NASC.N.25717 PLS.62V LIV.A34

CARTORIO MAMANGUAPE-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

VALIDADE 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA P. 908

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



Wilson da Silva Sales

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 122.020.174-02

Nome WILSON DA SILVA SALES

Nascimento 14/08/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813631530
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA RENAVAM 2017 200017300-0000
1 0106959587-7 00/00/000000 2017

BENEDITO GOMES SALES

92976034400

9EQ4499/PB

NOVO

9C2KC1670FR548888

PAS/MOTOCICLETA/NAO AFILIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG150 START

2015 2015

200P/149/CI

PARTIC

VERMELHA

PIEVA/PAGO EM 00/00/0000

1

PARCELAMENTO/COTAS

2

PREMIO TARIFARIO (R\$)

09/11/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

31054

CAPIM - PB

LOCAL

25/01/2018

19395

Assinatura

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
E MOTOCICLETAS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARTA A PRESSAO
TRATAMENTO DAS COTAS DO SEGURO DPVAT

PB Nº 013813631530 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1104

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 25/01/2018

92976034400

9EQ4499/PB

01069595877

HONDA/CG150 START

2015 2015

9C2KC1670FR548888

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

DPVAT (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

SEGURO

P.A.C.O.

DATA DE QUITACAO

COTA UNICA

PAGAMENTO

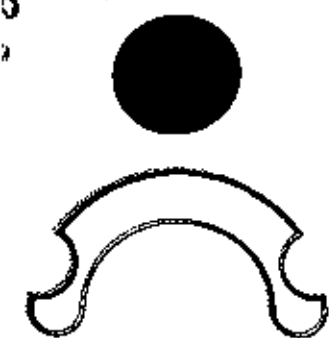
PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

31054-0855398-20180125

31054



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



38/09

Correios		SEDEX
PESO (kg)	0,137	☐ AR ☐ MP
Recebedor		
Assinatura		Documento
OD 76550314 2 BR		

SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

Correios

Correios

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO/RJ
20011-904

Correios

ONE / Phone Number

Correios

CEP
Zip 90011-904

CIDADE
City RIO DE JANEIRO

UF / State

PAÍS / Country

RJ

ATENDIMENTO

Correios



Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
WILSON DA SILVA SALES		8399132620	
ENDEREÇO / Address			
RUA TERESA SALES DE PONTA Nº 579 BARRA JOSE AMOROSO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAIS / Country
58345-000	MAO	PB	

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico Information provided for doorman or condo manager		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / Reinstated to service post		
Data / / Responsável		

RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



Materiais reciclados



Tel: (11) 3294-2900

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343016 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON DA SILVA SALES **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270609/20

Vítima: WILSON DA SILVA SALES

CPF: 122.020.174-02

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON DA SILVA SALES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILSON DA SILVA SALES : 122.020.174-02

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: 24/09/2020
Nome: WILSON DA SILVA SALES
CPF: 122.020.174-02

WILSON DA SILVA SALES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2020
Nome: Diogo Vieira da Silva
CPF: 140.841.367-19

Diogo Vieira da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200343016 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON DA SILVA SALES **Data do acidente:** 10/02/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50