

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THALYS BARBARA FERREIRA

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

5 - Nome completo: THALYS BARBARA FERREIRA 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: A FRANCISCO BEZERRA RIBEIRO 221 9 - Número: 221 10 - Complemento:

11 - Bairro: Marabá 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58057330

15 - E-mail: thalys@maraba.com.br 16 - Tel. (DDD): 83 991813834

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:

Declare, 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. Anote uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: BRASIL
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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 com 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçada 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 (voluntário)? 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 representante legal (se houver)

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, São Paulo, PB 24.01.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01401.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01401.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:34 horas do dia 27 de janeiro de 2021, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Thalys Barbosa Freire**, CPF nº 115.377.414-38, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autonomo, filho(a) de Celia Maria Barbosa Freire e Arnaldo Freire dos Santos Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/03/1995 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco Bezerra de Azevedo, Nº 271, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Combustível, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99981-3834.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Luis Primola da Silva, Xxx, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2007, PLACA MNM-2632/PB, CHASSI 9C2KD03107R014519, REGISTRADA EM NOME DESTA NOTIFICANTE, NA RUA LUIS PRIMOLA DA SILVA, BANCARIOS, NESTA CAPITAL, QUANDO COLIDIU COM UM VEICULO A TE O PRESENTE MOMENTO NAO IDENTIFICADO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULANCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S32.4 + S42.0, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 27 de janeiro de 2021.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


THALYS BARBOSA FREIRE
Noticiante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do sinistro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THALYS BARBARA FERREIRA

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

5 - Nome completo: THALYS BARBARA FERREIRA 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: A FRANCISCO BEZERRA RUA 221 9 - Número: 221 10 - Complemento:

11 - Bairro: Marabá 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58057330

15 - E-mail: thalys@maraba.com.br 16 - Tel. (DDD): 83 991813834

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:

Declare, 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. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
 AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6
(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 com 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçada 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 (nascitor)? 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 representante legal

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, São Pedro PA 24.01.21

Thalys Barbosa Ferreira
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE THALYS BARBOSA FREIRE
DADOS DE NASCIMENTO 25/03/95
NOME DA MÃE CELIA MARIA BARBOSA FREIRE

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 156.063
Nº PRONTUARIO 124.735
DATA DO ATENDIMENTO 08/09/2020
HORA DO ATENDIMENTO 21:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO ACETÁBULO D + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10 S 32.4 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x carro), há cerca de 40 minutos, trazido pelo SAMU, apresentando queixas de dor no ombro E e na região do quadril D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do quadril D
RX da ombro / escápula E - AP e Oblíquo
RX do tórax - AP
RX da bacia - AP

TRATAMENTO:

Fratura da clavícula E + fratura do acetábulo D à TC e RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Umberto Jansen e Dr. Kartney Sarmiento da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 25/09/20
DATA DE EMISSÃO: 15/01/21

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Identificação do paciente						
ID 1633142	Nome THALYS BARBOSA FREIRE			Sexo Masculino		
Data de nascimento 26/03/1996	Idade 25 anos 6 meses 4 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário 124735		
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)			
DDD Caklar 83	Celular 91813834	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 700806445296383				
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58057330	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO			
Número 271	Complemento		Bairro MANGABEIRA			
Admissão						
Data e Hora 06/09/2020 21:04:17	Número da pulseira 1000008765962		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL			Clínica			
Classificação de risco			Origem do paciente RUA			
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO			
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não		
Modo de transporte SAMU	Quem transportou CONDUTOR LUIZ ALBERTO					
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Fuoco	Temperatura				
Exames complementares						
Rolo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						Tempo 01seg



Documento de Alta

Nome: THALYS BARBOSA FREIRE		Sexo: Masculino		Número Prontuário: 124735	
Data de Nascimento: 25/03/1995	Idade: 26A 5M 30D	Data de Internação: 09/09/2020 09:43:49	Data de Alta: 25/09/2020 06:30:12	BAE: 1256053	
Mãe: CELIA MARIA BARBOSA FREIRE					
Endereço: RUA FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271		Bairro: MANGABEIRA		Município: JOAO PESSOA	UF PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA					
Conduta: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS. USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.					
Resumo da Internação: PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ACETABULO DIREITO, SUBMETIDO A TRATAMENTOS CIRURGICOS. PACIENTE COM PARESTESIA NO MID (DEDOS) QUE REFERE SER PRÉVIA A FRATURA. AO EXAME: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, HEMATOMA EM REGRESSÃO NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA DIREITA, PANTURRILHA FLÁCIDA, FO LIMPA E SECA.					
Resultado de Exames: HB 23/09/2020: 13,9 RAIOS-X DE CONTROLE POS OPERATORIO REALIZADO.					
Tratamento: 2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO POR DR. UMBERTO JANSEN E TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA POR DR. KARTNEY EM 23/09/2020.					
Diagnóstico: S32.4 - Fratura do acetábulo					
Recomendações: ALTA HOSPITALAR. ORIENTAÇÕES GERAIS, ANALGESIA, ANTIBIOTICOPROFILAXIA, XARELTO, RETORNO NO CEREST.					

Data: 25/09/2020

Dr. Heisenberg Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
MEDICINA ESPORTIVA
CRM: 12799 - PB

Thaysa Costa
THAYSA DE SOUSA COSTA
CRM: 12799 - PB



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Av. Orestes Lisboa, s/n - Pedro Gondim - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700



Sua vez
PARAIBA
Governador do Estado

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

Boletim de Atendimento: 1256063



Identificação do paciente						
ID 1533142	Nome THALYS BARBOSA FREIRE			Sexo Masculino		
Data de nascimento 25/03/1985	Idade 25 anos 5 meses 14 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião	Prontuário		
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 91813834	DDD	Telefone			
Tipo documento		Número documento		Nº Cns		
Local de procedência BANCARIOS			Tipo BAIRRO	UF PB		
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R			
Endereço						
CEP 58057330	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO			
Número 271	Complemento		Bairro MANGABEIRA			
Admissão						
Data e Hora 08/09/2020 21:04:17	Número da pulseira 1000008765962		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	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU		Quem transportou CONDUTOR LUIZ ALBERTO				
Sinais Vitais						
_____ X _____ mmHg		Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente vítima de queda de moto com capacete, semelhante, segue para o CSZ com queixa de dor em MTD <i>Francisco Bezerra</i>						
Diagnóstico				CID		
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				Tempo 01seg		

Imprimir



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, 3/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 28/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA	Nº Cons. Regional 7296/PB
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17		Data/Hora Prescrição 09/09/2020 00:52:59	

ANAMNESE

paciente vítima de acidente de moto, com queixas de dores na região do quadril direito e clavícula esquerda radiografia com evidencia de fratura da clavícula esquerda e possível fratura de quadril direito solicito ic para melhor avaliação

EXAME DE IMAGEM

7. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL OU COXO FEMURAL, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA)

Conduta

Em observação

Enfermeiro

TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA
(CRM: 7296/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 08/09/2020 21:04:18



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031080
Tel: 32165700 - CNES: 2593282

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1258063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Nome CELIA MARIA BARBOSA FREIRE	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA LANUSA LEITE VELOSO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17	Data/Hora Prescrição 08/09/2020 21:13:50	Nº Cons. Regional 11728/PB

ANAMNESE

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SEM PROTOCOLO, COM RELATO DE COLISÃO MOTO-CARRO HÁ 40 MINUTOS. RELATA USO DE CAPACETE NO MOMENTO DO ACIDENTE E NEGA TCE. RELATA DOR EM OMBRO ESQUERDO E EM BACIA A DIREITA. NEGA TRAUMA TORÁCICO, ABDOMINAL. NEGA USO DE MEDICAÇÃO NEGA ALERGIAS AO EXAME. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HIDRATADO, CORADO AAA. A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM CERVICALGIA B: EUPNEICO EM AR AMBIENTE, TORAX COM EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, SEM CREPITAÇÕES OU ENFISEMA SUBCUTÂNEO A PALPAÇÃO. C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO, ABDOMEN FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO PROFUNDA. PELVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: MMII E MSE SEM ALTERAÇÕES, DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO. CONDUTA - RX DE TÓRAX, CLAVÍCULA ESQUERDA, OMBRO ESQUERDO E BACIA - PARECER DA ORTOPEDIA - ANALGESIA

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100ML DE SF 0,9%)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BACIA

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dra. Olga Lanusa Leite Veloso
MÉDICA
CRM-PB 11728

Enfermeiro

OLGA LANUSA LEITE VELOSO
(CRM: 11728/PB)

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO BONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58931090
Tel: 32165700 - CNES: 2893262

Nome THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1250663	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Saída
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Nome da Mãe CÉLIA MARIA BARBOSA FREIRE	Nome do Pai FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Município JOAO PESSOA	Profissão
Endereço MANGABEIRA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	UF PB
Veículo VEICULO X MOTO	Data/Hora Prescrição 09/09/2020 09:23:35		Nº Data Finalização 863798
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17			

ANAMNESE

HISTÓRICO: EVIDENCIA FRATURA DO ACETABULO DIREITO CONDUZA INTERNO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

DIETA

DIETA LIVRE, V.A. ORAL

MEDICAÇÃO

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

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

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

ACETANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

CLORAPARINA 300MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 ML VIA S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: LENTO, S/N)

STRAMADOL 50MG/3 ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

CEVORCLACOL DE TROMETAMINA 300MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H

PAROPRIL 25 MG COMprimido, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4 UN)

DILOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)

EXAMES

EXAMES OBSERVAÇÕES: DIÁRIO

RESPIRATÓRIO

RESPIRATÓRIO RESPIRATORIO E MOTORA

RESPIRATÓRIO REGULAR CONFORME HGT

ECG

ECG + COCG

INDICAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TROCA DE TALA DIÁRIA EM C/150 DE FENIMENTO, OBRIGATORIO!!!)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

URETININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

PROTEÍNA C REATIVA ULTRA SENSÍVEL - PCR

(ASPARTATO AMINIL) RANFERASE/AST

(ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

UREIA

ECG

PROCEDIMENTO

AMPOLA

10

0 - ureia clorídica
4 - ureia clorídica

du



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

Paciente THALYS BARBOSA FREIRE	BAE 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25a 5m 15d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91813834
Mãe CELIA MARIA BARBOSA FREIRE			Prontuário
Endereço FRANCISCO BEZERRA DE AZEVEDO, 271	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ERIK STEIN VIEIRA MANICOBA	Nº Cons. Regional 8878/RN
Data/Hora Classificação 08/09/2020 21:04:17		Data/Hora Prescrição 09/09/2020 02:45:55	

ANAMNESE

EM TEMPO: RAIOS-X DE TORAX SEM ALTERAÇÕES DECORRENTES DO TRAUMA CD. ~~ALTA DA CIRURGIA GERAL~~

Conduta

Em observação

Erik Stein Vieira Manicoba
Residente Cirurgia Geral
CRM/PB 12.525

Enfermeiro

ERIK STEIN VIEIRA MANICOBA
(CRM: 8878/RN)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em: 03/09/2020 21:04:18



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32166700 - CNES: 2993262

Impresso por: THAYSA DE SOUSA COSTA
Em: 25/09/2020 06:32:41

Nome THALYS BARBOSA FREIRE		Bofetim de Atendimento 1256063	Data/Hora Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data/Hora Saída
Data de nascimento 25/03/1995	Idade 25	Sexo Masculino	CNS 700800449296303	Fronluário 124735
Tempo de Internação 15d 20h 49min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 08/09/2020 21:04:17	Data Internação 09/09/2020 09:43:49	Permanência na Unidade: 18d 9h 28min	Permanência no Leito: 1d 12h 51min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAYSA DE SOUSA COSTA - 25/09/2020 06:27:27)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA

#2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO POR DE. UMBERTO JANSEN

E TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA POR DR. KARTNEY EM 23/09/2020.

PACIENTE COM HISTORIA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA E ACETABULO DIREITO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO. PACIENTE COM PARESTESIA NO MID (DEDOS) QUE REFERE SER PRÉVIA A FRATURA QUE ASSOCIA A "PROBLEMA NO NERVO".

AO EXAME: PULSOS PERIFERICOS PRESENTES, HEMATOMA EM REGRESSÃO NA REGIAO ANTERIOR DA PERNA DIREITA. PANTURRILHA FLÁCIDA. FO LIMPA E SECA.

USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.

HB23/09/2020: 13,9

RAIOS-X DE CONTROLE POS OPERATORIO REALIZADO.

CD: RETIRAR DRENO.

ALTA HOSPITALAR.

ORIENTAÇÕES GERAIS.

ANALGESIA.

ANTIBIOTICOPROFILAXIA.

XARELTO.

RETORNO NO CEREST.

Seção: POSTO IB - ENF 10 Leito: LEITO - 004
Profissional responsável pela informação: THAYSA DE SOUSA COSTA

Thaysa Costa
Médica
CRM-PB 12.793

Número Conselho: 12799

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: THAYSA DE SOUSA COSTA

DATA E HORA: 25/09/2020 06:30:12

MOTIVO DA ALTA: ALTA MEDICA

CONDUTA: ALTA MEDICA PARA PACIENTE COM FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVICULA ESQUERDA NO 2º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE ACETÁBULO DIREITO EM BOAS CONDIÇÕES CLINICAS. USG DOPPLER DO MID21/09: SEM ALTERAÇÕES.

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

49
X

Nome: Thalys Barbosa Freire BEP/Profissional: 1256063
 Idade: 25 Sexo: Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 23/09/20
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Fs de clavícula e acetábulo
 Cirurgião: Dr Humberto Jansen Assistente: Dr Fco Rodrigues
 2º Assistente: Valdecar 3º Assistente: Yury
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fs de acetábulo (D)	
+ lux de quadril	
Fs de clavícula (E)	


Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteossíntese de clavícula (E)	
com placa e parafusos	
Redução da lux +	
Osteossíntese de acetábulo (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

 Dr. Valdeban Carvalho Jr.
 Médico - CRM/PB 7692
 CNS 20814699098

João Pessoa 23/09/20

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em PVA e decubito lateral (B) sobre antebraço
geral
Anestesia + Antiespasmódica
Aplicação de compressas estéril

Incisão:

Incisão em clivela (B)
Incisão porteira lateral em quadril (D)
Incisão por planos.

Achados:

Fx com consolidação fratura clivela
Fx com consolidação + frax de acetábulo (D)

Conduta:

Realizado Redução da clivela e
aproximação de placa e fixação de recantos
com 6 parafusos corticais
Realizado Redução de acetábulo (D)
+ Aproximação de placa e fixação com 6 parafusos
+ Placa 1/2 de canal e fixação em acetábulo

Fechamento:

Sutura por planos Sutura de
pele + curativos.

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM/PB 7692
CNS 20634699096

João Pessoa, 23/09/2020



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME**



Número: _____

Prontuário: 1256063

Data: 1/1/1

Paciente: _____

Data: 23/07/2020

Caixa Pronta: _____

Procedimento: Fract. de Coluna B @ Fract. de Coluna B

SUS: () Não SUS ()

Médico: Adumberto Jansen; Francisco Korfrey; Udochbon (MR)

DISPENSÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	Cz 3,5			
Dermis	placa de neoprene 12 furos	02		
	" tubular 1/3 04 furos	01		
	paraf nº 24	02		
	" " 28 } contínuas	04		
" " 30	01			

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Ante Síntese	01 fio Kirschner nº 2.5 unido a guia	01		

Dr. Adumberto Jansen
CRM-PB 12411

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Mary S. Bezerra
Enfermeira
COREN-PB 636755

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

Udochbon
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
COREN-PB 883575
F(NG).APC.013-2



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - I ME



Número: _____ Prontuário: 1958063 Data: 1/1/2020
 Paciente: Thales Barbosa Leite Data: 23/09/2020
 Procedimento: Matr. de fibra (D) + Matr. acetato (D) + ortodontia (D) + ortodontia (D) + ortodontia (D) + ortodontia (D)
 SUS: () Não SUS ()
 Médico: Francisco Rodney; Umberto Junken; Volkerbon (MR)

DISPENSAÇÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Or 3,5</u>			
<u>Diabtes</u>	<u>Placa de ortodontia</u>	<u>(05)</u>		
	<u>Placa de ortodontia</u>	<u>(06)</u>		
	<u>Placa de ortodontia</u>			
	<u>Placa de ortodontia</u>			
	<u>Placa de ortodontia</u>			
	<u>Placa de ortodontia</u>			
	<u>Placa de ortodontia</u>			
	<u>Placa de ortodontia</u>			

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Agulha com fio de aço</u>	<u>(05)</u>		
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			
	<u>Agulha com fio de aço</u>			

Dr. Francisco Rodney
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5914

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Manoel de Jesus
ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO - COREN

Chemilab
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Caton 883575
COP/APP.013-2
PB



FICHA DE ANESTESIA



DATA: / /

PRONTUÁRIO: 1256003

PACIENTE: Thays Barbosa Freire SEXO: M COR: P IDADE: 35a

PRESSÃO ARTERIAL 100/60 PULSO 70 RESPIRAÇÃO MVA TEMPERATURA 36,5 PESO 55 GRUPO SANGUÍNEO O+

ESTADO GERAL DOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO DOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES checados

AP. RESPIRATÓRIO normal AP. CIRCULATÓRIO estável

AP. DIGESTIVO normal ESTADO MENTAL lote DROGAS EM USO VPM

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE 100mg ESTADO FÍSICO (ASA) III

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Acetábulo (B)

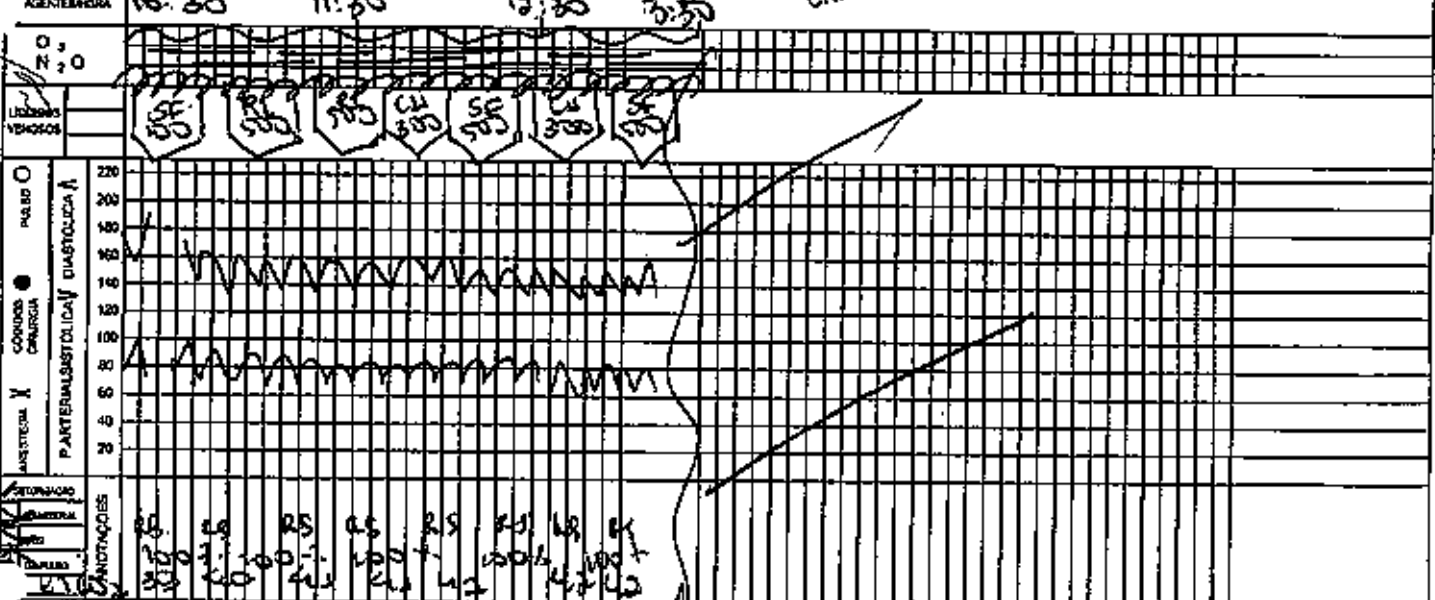
CIRURGIA REALIZADA Trot. Cirúrgico de fratura de Acetábulo (D)

CIRURGIÃO Dr. Kariney AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 10:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 13:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 180min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CII. VALORES RS

ANESTESISTA Dr. Abdon + Laressa (C) *Dr. Abdon Moura Anestesiologista CRM-PB 4184-PB*



ANESTESIA GERAL RAQUIDIANA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

TÉCNICA Balnearia

GLICOSE	VALORES	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE		1 Lidocaina 100mg	11 Naukron 5mg
HAEM		2 Nilperido 100mcg + 5mg	12 Atorafeno 100mg
FANQUE		3 Propofol 200mg	13 Atropina 1mg
FANQUE		4 Rocuronio 50mg + 50mg	14 Miosigruca 2mg
TOTAL		5 Kitamina 50 + 20mg	15
CESTINO DO PACIENTE		6 clonidina 150mcg	16
<input type="checkbox"/> APT <input type="checkbox"/> ENFERMARIA		7 cefazolina 2g	17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESCUBA		8 dexa metozona 10mg	18
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS <u>URPA</u>		9 hidroclorotona 500mg	19
		10 Nitrova 2g	20

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: Paciente em DOP, monitorizado, indução venosa lenta com 1x2 + 3x4 após pré-oxigenação com O2 100%. Auto laringoscopia sob visão direta com laringoscópio, cuff inflado, tubo fixado, confirmado com capnografia. Paciente colocado em decúbito lateral E, em intubação.

Dr. Abdon Moura Anestesiologista CRM-PB 4184

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

P
B

NOME
THALYS BARBOSA FREIRE



DOC. IDENTIDADE / OBS. EMISSOR UF
4027713 BSB PB

CPF DATA NASCIMENTO
115.377.414-38 25/03/1995

RELACIONAMENTO
ARNALDO FREIRE DOS SANTOS FILHO
CELIA MARIA BARBOSA FREIRE

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AD AB

Nº REGISTRO
06775040339

VALIDADEZ
17/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
10/01/2017

OBSERVAÇÕES



Thalys Barbosa Freire
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
22/01/2018

Arnaldo Freire
ASSINATURA DO EMISSOR

68174423355
PB036153311

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1631872799

PROIBIDO PLASTIFICAR
1631872799

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do acidente: 08/09/2020

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETABULO DIREITO. LESÃO DO NERVO CIÁTICO DO LADO DIREITO. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 35°, abdução aos 120°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericidado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo. Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 100°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 50°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsalangeana aos 30°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E DA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. ALTA HOSPITALAR EM 25/09/2020. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/03/2021

Conduta mantida:

Observações:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Total	58,75 %	R\$ 7.931,25
--------------	----------------	---------------------

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776

Cidade: João Pessoa

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do acidente: 08/09/2020

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETABULO DIREITO. LESÃO DO NERVO CIÁTICO DO LADO DIREITO. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 35°, abdução aos 120°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericidado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo. Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofia no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 100°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofia no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 50°, ausência de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsal-falangeana aos 30°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REDUÇÃO DA FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO E DA FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA. ALTA HOSPITALAR EM 25/09/2020. REALIZOU FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO ESQUERDO EM GRAU LEVE. LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU SEVERO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/03/2021

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



Total	58,75 %	R\$ 7.931,25
--------------	----------------	---------------------

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE(PLACA + PARAFUSOS)- QUADRIL DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
(P.9,10,11,17).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: BAM P.1
%SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210035776 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSSÍNTESE(PLACA + PARAFUSOS)- QUADRIL DIREITO E OMBRO ESQUERDO.
(P.9,10,11,17).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO E QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO E QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: BAM P.1

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
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032679/21

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do acidente: 08/09/2020

CPF: 115.377.414-38

CPF de: Próprio

Titular do CPF: THALYS BARBOSA FREIRE

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THALYS BARBOSA FREIRE : 115.377.414-38

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: 29/01/2021
Nome: THALYS BARBOSA FREIRE
CPF: 115.377.414-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

THALYS BARBOSA FREIRE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do pedido ou APL: 005267912A1153774438 3 - CPF da vítima: 1153774438 4 - Nome completo da vítima: THIANY BARBOSA FACINTE

REGISTRO DE VIGILÂNCIAS CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 445/2013

5 - Nome completo: THIANY BARBOSA FACINTE 6 - CPF: 1153774438

7 - Profissão: Ator 8 - Endereço: R. Francisco Beltrão, 231 9 - Número: 231 10 - Complemento:

11 - Bairro: Manoelina 12 - Cidade: São Luís 13 - Estado: MA 14 - CEP: 6519330 15 - E-mail: 53951813834

16 - Data de nascimento: 25/08/1983 17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: SEM RENDA 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)

22 - BANCO BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL (001) CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) BRDECO (237) REAL (541) CONTA POUANÇA (somente para os bancos citados, Ative uma opção)

23 - Nome do BANCO: BRASILEIRÃO 24 - Agência: 0340 25 - Conta: 05848 26 - Agência: 0340 27 - Conta: 05848

28 - Agência: 0340 29 - Conta: 05848

30 - Agência: 0340 31 - Conta: 05848

32 - Agência: 0340 33 - Conta: 05848

34 - Agência: 0340 35 - Conta: 05848

36 - Agência: 0340 37 - Conta: 05848

38 - Agência: 0340 39 - Conta: 05848

39 - Agência: 0340 40 - Conta: 05848

41 - Agência: 0340 42 - Conta: 05848

43 - Agência: 0340 44 - Conta: 05848

45 - Agência: 0340 46 - Conta: 05848

47 - Agência: 0340 48 - Conta: 05848

49 - Agência: 0340 50 - Conta: 05848

51 - Agência: 0340 52 - Conta: 05848

53 - Agência: 0340 54 - Conta: 05848

55 - Agência: 0340 56 - Conta: 05848

57 - Agência: 0340 58 - Conta: 05848

59 - Agência: 0340 60 - Conta: 05848

61 - Agência: 0340 62 - Conta: 05848

63 - Agência: 0340 64 - Conta: 05848

65 - Agência: 0340 66 - Conta: 05848

67 - Agência: 0340 68 - Conta: 05848

69 - Agência: 0340 70 - Conta: 05848

71 - Agência: 0340 72 - Conta: 05848

73 - Agência: 0340 74 - Conta: 05848

75 - Agência: 0340 76 - Conta: 05848

77 - Agência: 0340 78 - Conta: 05848

79 - Agência: 0340 80 - Conta: 05848

81 - Agência: 0340 82 - Conta: 05848

83 - Agência: 0340 84 - Conta: 05848

85 - Agência: 0340 86 - Conta: 05848

87 - Agência: 0340 88 - Conta: 05848

89 - Agência: 0340 90 - Conta: 05848

91 - Agência: 0340 92 - Conta: 05848

93 - Agência: 0340 94 - Conta: 05848

95 - Agência: 0340 96 - Conta: 05848

97 - Agência: 0340 98 - Conta: 05848

99 - Agência: 0340 100 - Conta: 05848

101 - Agência: 0340 102 - Conta: 05848

103 - Agência: 0340 104 - Conta: 05848

105 - Agência: 0340 106 - Conta: 05848

107 - Agência: 0340 108 - Conta: 05848

109 - Agência: 0340 110 - Conta: 05848

111 - Agência: 0340 112 - Conta: 05848

113 - Agência: 0340 114 - Conta: 05848

115 - Agência: 0340 116 - Conta: 05848

117 - Agência: 0340 118 - Conta: 05848

119 - Agência: 0340 120 - Conta: 05848

121 - Agência: 0340 122 - Conta: 05848

123 - Agência: 0340 124 - Conta: 05848

125 - Agência: 0340 126 - Conta: 05848

127 - Agência: 0340 128 - Conta: 05848

129 - Agência: 0340 130 - Conta: 05848

131 - Agência: 0340 132 - Conta: 05848

133 - Agência: 0340 134 - Conta: 05848

135 - Agência: 0340 136 - Conta: 05848

137 - Agência: 0340 138 - Conta: 05848

139 - Agência: 0340 140 - Conta: 05848

141 - Agência: 0340 142 - Conta: 05848

143 - Agência: 0340 144 - Conta: 05848

145 - Agência: 0340 146 - Conta: 05848

147 - Agência: 0340 148 - Conta: 05848

149 - Agência: 0340 150 - Conta: 05848

151 - Agência: 0340 152 - Conta: 05848

153 - Agência: 0340 154 - Conta: 05848

155 - Agência: 0340 156 - Conta: 05848

157 - Agência: 0340 158 - Conta: 05848

159 - Agência: 0340 160 - Conta: 05848

161 - Agência: 0340 162 - Conta: 05848

163 - Agência: 0340 164 - Conta: 05848

165 - Agência: 0340 166 - Conta: 05848

167 - Agência: 0340 168 - Conta: 05848

169 - Agência: 0340 170 - Conta: 05848

171 - Agência: 0340 172 - Conta: 05848

173 - Agência: 0340 174 - Conta: 05848

175 - Agência: 0340 176 - Conta: 05848

177 - Agência: 0340 178 - Conta: 05848

179 - Agência: 0340 180 - Conta: 05848

181 - Agência: 0340 182 - Conta: 05848

183 - Agência: 0340 184 - Conta: 05848

185 - Agência: 0340 186 - Conta: 05848

187 - Agência: 0340 188 - Conta: 05848

189 - Agência: 0340 190 - Conta: 05848

191 - Agência: 0340 192 - Conta: 05848

193 - Agência: 0340 194 - Conta: 05848

195 - Agência: 0340 196 - Conta: 05848

197 - Agência: 0340 198 - Conta: 05848

199 - Agência: 0340 200 - Conta: 05848

201 - Agência: 0340 202 - Conta: 05848

203 - Agência: 0340 204 - Conta: 05848

205 - Agência: 0340 206 - Conta: 05848

207 - Agência: 0340 208 - Conta: 05848

209 - Agência: 0340 210 - Conta: 05848

211 - Agência: 0340 212 - Conta: 05848

213 - Agência: 0340 214 - Conta: 05848

215 - Agência: 0340 216 - Conta: 05848

217 - Agência: 0340 218 - Conta: 05848

219 - Agência: 0340 220 - Conta: 05848

221 - Agência: 0340 222 - Conta: 05848

223 - Agência: 0340 224 - Conta: 05848

225 - Agência: 0340 226 - Conta: 05848

227 - Agência: 0340 228 - Conta: 05848

229 - Agência: 0340 230 - Conta: 05848

231 - Agência: 0340 232 - Conta: 05848

233 - Agência: 0340 234 - Conta: 05848

235 - Agência: 0340 236 - Conta: 05848

237 - Agência: 0340 238 - Conta: 05848

239 - Agência: 0340 240 - Conta: 05848

241 - Agência: 0340 242 - Conta: 05848

243 - Agência: 0340 244 - Conta: 05848

245 - Agência: 0340 246 - Conta: 05848

247 - Agência: 0340 248 - Conta: 05848

249 - Agência: 0340 250 - Conta: 05848

251 - Agência: 0340 252 - Conta: 05848

253 - Agência: 0340 254 - Conta: 05848

255 - Agência: 0340 256 - Conta: 05848

257 - Agência: 0340 258 - Conta: 05848

259 - Agência: 0340 260 - Conta: 05848

261 - Agência: 0340 262 - Conta: 05848

263 - Agência: 0340 264 - Conta: 05848

265 - Agência: 0340 266 - Conta: 05848

267 - Agência: 0340 268 - Conta: 05848

269 - Agência: 0340 270 - Conta: 05848

271 - Agência: 0340 272 - Conta: 05848

273 - Agência: 0340 274 - Conta: 05848

275 - Agência: 0340 276 - Conta: 05848

277 - Agência: 0340 278 - Conta: 05848

279 - Agência: 0340 280 - Conta: 05848

281 - Agência: 0340 282 - Conta: 05848

283 - Agência: 0340 284 - Conta: 05848

285 - Agência: 0340 286 - Conta: 05848

287 - Agência: 0340 288 - Conta: 05848

289 - Agência: 0340 290 - Conta: 05848

291 - Agência: 0340 292 - Conta: 05848

293 - Agência: 0340 294 - Conta: 05848

295 - Agência: 0340 296 - Conta: 05848

297 - Agência: 0340 298 - Conta: 05848

299 - Agência: 0340 300 - Conta: 05848

301 - Agência: 0340 302 - Conta: 05848

303 - Agência: 0340 304 - Conta: 05848

305 - Agência: 0340 306 - Conta: 05848

307 - Agência: 0340 308 - Conta: 05848

309 - Agência: 0340 310 - Conta: 05848

311 - Agência: 0340 312 - Conta: 05848

313 - Agência: 0340 314 - Conta: 05848

315 - Agência: 0340 316 - Conta: 05848

317 - Agência: 0340 318 - Conta: 05848

319 - Agência: 0340 320 - Conta: 05848

321 - Agência: 0340 322 - Conta: 05848

323 - Agência: 0340 324 - Conta: 05848

325 - Agência: 0340 326 - Conta: 05848

327 - Agência: 0340 328 - Conta: 05848

329 - Agência: 0340 330 - Conta: 05848

331 - Agência: 0340 332 - Conta: 05848

333 - Agência: 0340 334 - Conta: 05848

335 - Agência: 0340 336 - Conta: 05848

337 - Agência: 0340 338 - Conta: 05848

339 - Agência: 0340 340 - Conta: 05848

341 - Agência: 0340 342 - Conta: 05848

343 - Agência: 0340 344 - Conta: 05848

345 - Agência: 0340 346 - Conta: 05848

347 - Agência: 0340 348 - Conta: 05848

349 - Agência: 0340 350 - Conta: 05848

351 - Agência: 0340 352 - Conta: 05848

353 - Agência: 0340 354 - Conta: 05848

355 - Agência: 0340 356 - Conta: 05848

357 - Agência: 0340 358 - Conta: 05848



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

1 - Nº do registro ou ASL: 0032674121 3 - CPF da vítima: 11537741438 4 - Nome completo da vítima: THALYS BARBORA FERREIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2013

5 - Nome completo: THALYS BARBORA FERREIRA 6 - CPF: 11537741438

7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: R. FRANCISCO BELLEMANEIRA, 221 9 - Número: 221 10 - Complemento:

11 - Bairro: marabetaína 12 - Cidade: São Pedro 13 - Estado: AP 14 - CEP: 58019330

15 - E-mail: 83951813834 16 - Tel.(DDD): 83951813834

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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Ative uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3501 7 CONTA: 73105 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 (nô Civil) Ovitadora 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 filhos? 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 representante legal (se houver)

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, São Pedro AP 22.03.21

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Thalys Barbora Ferreira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CLIENTE: THALYS B. BARBOSA

AGENCIA:

3501-7 CONTA:

73105-6

DESCRICAO: TED

260 0001 11537741438 THALYS BARBOSA FR

NUMERO DO DOCUMENTO:

12601

DATA:

26/01/2021

VALOR:

100,43

**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: 3210035776

Nome do(a) Examinado(a): THALYS BARBOSA FREIRE

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Bezerra de Azevedo, 271, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSDS/PB / 4027713

Data e local do acidente: 08/09/2020 - João Pessoa/PB

Data e local do exame: 03/03/2021 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.10251 , longitude: -34.83361

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

FRATURA DO ACETABULO DIREITO. LESÃO DO NERVO CIÁTICO DO LADO DIREITO. FRATURA DO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

TRATAMENTO CIRURGICO+ FISIOTERAPIA

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 120°, extensão aos 35°, abdução aos 120°, adução aos 30°, rotação medial aos 60°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no ombro esquerdo. Ao exame físico do quadril direito apresenta sem amputação, flexão aos 45°, extensão aos 5°, abdução aos 20°, adução aos 5°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 25°, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada presença de atrofias no segmento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 100°, extensão aos 120°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, inexistência de alteração motora. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 50°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva normal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do pé direito apresenta eversão aos 5°, inversão aos 10°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento alterado, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 30°. Apresenta na região observada pé com presença de atrofias, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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

Sim

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

Sim

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

DOR + DEFICIT MOBILIDADE DO OMBRO ESQUERDO+QUADRIL DIREITO+JOELHO DIREITO+TORNOZELO DIREITO+PE DIREITO

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"

() "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.

Ombro Esquerdo - Leve - 25%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direito - Intenso - 75%

Membro Inferior Direto - Total - 100%

Membro Inferior Direito - Médio - 50%

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



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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, 26 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210035776

Vítima: THALYS BARBOSA FREIRE

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THALYS BARBOSA FREIRE

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\$ 7.931,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **THALYS BARBOSA FREIRE**

Valor: **R\$ 7.931,25**

Banco: **237**

Agência: **000002340-0**

Conta: **0000025848-2**

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,

