

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

320046740201

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000014908

Número da Autenticação

CE08F3A3B4E351A2

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200467402

Cidade: São Miguel de Taipu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do acidente: 22/08/2020

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/12/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200467402

Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 22/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **0000014908-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **043.554.944-89** 4 - Nome completo da vítima: **Ivanildo Oliveira da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LITULAK SUDEP Nº 440/2012

5 - Nome completo: **Ivanildo Oliveira da Silva** 6 - CPF: **043.554.944-89**
7 - Profissão: **Reluzo** 8 - Endereço: **Assentamento Maravilha** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Área Rural** 12 - Cidade: **São Miguel de Taubaté** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **183198855-1045**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO NO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **456** CONTA: **14908** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 nascituros)? 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 a aqueles 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 - Imprescindível a presença do solicitante ou representante legal.
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: **São Miguel de Taubaté, 12 de Dezembro de 2020.**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00504.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00504.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:56 horas do dia 10 de dezembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Oliveira da Silva**, conhecido(a) por Ivan, CPF nº 043.554.944-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Margarida Domingos da Silva e Sebastião Domingos da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/10/1981 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Maravilha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo do Sítio Maravilha, na cidade de São Miguel de Taipu/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb-042, nº S/N, Via Pública, Próximo do Bar da Mangueira, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/08/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo POP 100i, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2016/2016, UF: PB, placa QFO-0207, chassi 9C2JB0100GR509136, renavam 0109241213-9, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTA ESTADO.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

Juanilda Lourenço

Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: **043.554.944-89** 4 - Nome completo da vítima: **Ivanildo Oliveira da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - LITULAK SUDEP Nº 440/2012

5 - Nome completo: **Ivanildo Oliveira da Silva** 6 - CPF: **043.554.944-89**
7 - Profissão: **Reluzo** 8 - Endereço: **Assentamento Maravilha** 9 - Número: **S/N** 10 - Complemento: **Casa**
11 - Bairro: **Área Rural** 12 - Cidade: **São Miguel de Taubaté** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: _____
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **183198855-1045**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO NO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **456** CONTA: **14908** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 nascituros)? 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 a aqueles 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 - Imprescritível digital do Ministério Público Federal
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

TESTEMUNHAS

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

40 - Local e Data: **São Miguel de Taubaté, 12 de Dezembro de 2020.**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

24/09

50/09/2020

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Av. Orestes Lisboa, s/n - Pedro Gondim - CNES: 123912 - Tel.: 8332165700

PARAÍBA
Governador João Pessoa

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123912 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1252965



Identificação do paciente

Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA		Sexo	Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião	Profissão
10/10/1981	38 anos 10 meses 12 dias	CASADO(A)	CATOLICA	
Nome	MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA		Pai	
Escritório	FUNDAMENTAL INCOMPLETO		SEBASTIAO DOMINGOS DA SILVA	
Telefone	DDD		Responsável (Parentesco)	
7DD Celular	Celular	IVANICE OLIVEIRA DA SILVA - IRMAO(A)		
03	987148679			
RG (IDENTIDADE)	Número documento	Nº Cns		
	2724056	706007803230745		
Cidade de procedência	Naturalidade		Tipo	UF
SÃO MIGUEL DE TAIPIU	SANTA RITA		MUNICIPIO	PB
Endereço	CBOIR			

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58334000	SÃO MIGUEL DE TAIPIU	PB	MARAVALHA
Número	Complemento	Bairro	
SN		ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
22/09/2020 20:37:06	1000007964458	SUS
Especialidade	Clinica	
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente
		OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			

Sinais Vitais

TA	Pulso	Temperatura
x mmHg		

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

CID

Atendido por
RENATA HERCULANO DA SILVATempo
01seg

Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Summa Tula
PARAÍBA
Governo do Estado

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

Paciente IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	RAE 1252965	Data/Hora Entrada 22/08/2020 20:37:06	Data Saída
Data de nascimento 10/10/1981	Idade 38a 10m 13d	CNS 706007803230745	Telefone de Contato (63) 967148673
Mãe MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA	Sexo Masculino		Profusário
Endereço MARAVALHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE TAIPU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 22/08/2020 20:37:06		Data/Hora Prescrição 22/08/2020 22:34:10	

ANAMNESE

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda da consciência, alergia ou doença crônica. Apresenta abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação local e limitação dos movimentos do m.m.e. Mobilidade do membro preservada. Torax e abdome: ndr. conduta: analgesia + exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, D.O. (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE S.O.)

EXAME DE IMAGEM

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


CID10

M79.6 - Dor em membro

Conduta

Em observação

Enfermeiro


GILVANDO CARNEIRO LEAL
(2489/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA		Data de Nascimento	10/10/1981	Idade	36	Sexo	MASCULINO	Nº	1252965	Nº Prontuário	22/08/2020 22:34:10
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição		22/08/2020 22:34:00 - 23/08/2020 22:34:00							
Convenio	SUS		Matrícula		Senha							
Data da entrada:	22/08/2020 20:37:06		Data da internação:	1h 57min		Permanência no						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML	Observação: diluir em 10 ml de ad	E.V.		AGORA	

Reimpresso por:
 dia:

GILVANDO CARNEIRO LEAL
 null: 2489

Assinatura e Carimbo do Profissional

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM Nº: 677902

Nome IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	CNS 706007803230745	Idade
Data de Nascimento 10/10/1981	Boletim Emergência 1252965	Prontuario
Material a examinar		
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10		

EXAME DE IMAGEM

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

*prey/amb/ky/E)
22.08.2020
22.08.2020*

SM

Gilberto Coraciro Leal
Cirurgião Geral - CRM 2488

Requisição por
data:

Assinatura e Carimbo do Profissional

CMO ~~*[Signature]*~~

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.724.056 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2014

NOME
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO
SEBASTIÃO DOMINGOS DA SILVA
MARGARIDA ANDRÉ DE OLIVEIRA

NATURALIDADE
SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO
10/10/1981

DOC ORIGEM
CERT. NASC. Nº3898 - LIV. A-4 - FLS.091 - CARTORIO SÃO MIGUEL
TAIPU PB

CPF

LEI Nº 7 116 DE 29-09/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
043.554.944-89

Nome
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Nascimento
10/10/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADÃO DA PERNAMBUCO

REGISTRO GERAL - Nº 2.724.056 - 2ª VIA
043.554.944-89 - FLS. 091 - LIV. A-4
CARTORIO SÃO MIGUEL - TAIPU - PB

L-237




Ivanildo Oliveira da Silva

ASSEMBLEIA LEGISLATIVA
CARTEIRA DE IDENTIDADE

DETRAN

LACRE 004303611

DETRAN - PB Nº 015456934764
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAM PBT 20200300001281-7 EXERCICIO
1 0109241213-9 00/00000000 2019

NOME
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA
04355494489 QF00207/PB

PLACA ANT / UF CHASSI
NOVO PB 9C2JB0100GR509136

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO AND FAB ANO MOD
HONDA / POP 1101 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P / 109 / CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS
I P 00/00/0000 1º
V FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 2º
A ***** 0 3º

PRÊMIO TARIFARIO (RS) IOF (RS) PRÊMIO TOTAL (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 03/02/2020

OBSERVAÇÕES
A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
0

LOCAL DATA
SAO MIGUEL DE TAIPU - PB 03/02/2020

41947  40720

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374163/20

Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 043.554.944-89

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 22/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA : 043.554.944-89

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: 23/12/2020
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 043.554.944-89

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA