



03/07/2023

Número: **0029693-89.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.222,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136885799	03/07/2023 14:36	2884807_JUNTADA_DE_DOCS_03	Ações processuais\Documento de Comprovação



Número: 0029693-89.2023.8.17.2001

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **23/03/2023**
Valor da causa: **R\$ 7.222,50**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Nível de Sigilo: **0 (Público)**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136762120	30/06/2023 10:47	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



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:	03/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320038461001
VALOR TOTAL:	2.227,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04739
CONTA: 0000000008451

Número da Autenticação
5289DD303130D7AB



Este documento foi gerado pelo usuário 008.***-05 em 09/07/2023 10:57:26
 Número do documento: 2307001037058960000013376796
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2307001037058960000013376796>
 Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/07/2023 10:37:04



03/07/2023

Número: **0029693-89.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.222,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136885798	03/07/2023 14:36	ANEXO 1	Ações processuais\Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200384610 Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

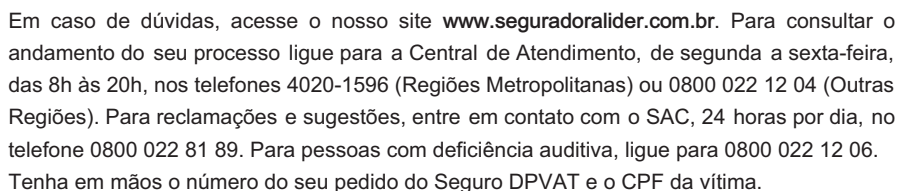
Pag. 01057/01058 - carta_03 - INVALIDEZ



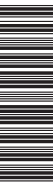
00030529

Carta nº 16294315





Carta nº 16528698



Num. 136885798 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA 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\$ 2.227,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 1.890,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.227,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 000008451-5

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,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 104 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

☒ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 104 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

☒ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: 2. OUT 2020

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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: 03/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO: 320038461001
VALOR TOTAL: 2.227,50

TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04739
CONTA: 000000008451

Número da Autenticação
5289DD303130D7AB







LETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Paça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Intuíário: 11614 CNS: 700201989688821 Idade: 27 Anos 7 Meses 14 Dias Sexo: MASCULINO
me: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA Nascimento: 18/04/1991 Est.Civil:
f.: FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Nº: 104 Bairro: CENTRO CEP: 55825000
nicip. PAUDALHO Nac.: BRASILEIRA Doc nº: 8152255
e: EDINALVA FELICIANO DA SILVA Pai:
fissão: Responsável: Tel.: 81 992375876

Histórias Ocorrências:			
Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:			
/12/2018	20:52	27433	CURATIVO
/10/2018	12:36	18189	TRIAGEM

E-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EIXAS / DIAGNÓSTICO: Queimadura - 1º grau 18 18 36-48	TRATAMENTO: SRL 2000 Limpieza superficial trabalho em 1º grau 10-5569238 Queimadura
--	---

ANEXOS COMPLEMENTARES:	IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:	CID:
-------------------------------	-------------------------------	-------------

TIPO DA SAÍDA: AMBULATÓRIA ☐ INTERNADO ☐ CLASSIFICATIVA: ENCAMINHADO: REMOVIDO: BITO: s _____ h _____ m do dia _____ DATA SAÍDA: RA SAÍDA: DATA: 02/12/2018 20:52:31	☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO: ☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA ☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA HORÁRIO: <table><tr><th>CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</th><th>TÉCNICO / CONSELHO</th><th>HORÁRIO</th></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO										TÉCNICO / COREN: MÉDICO / CRM: 2. OUT 2020
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO												

RECEPCIONISTA: ELISANGELA ELPIDIO VEREDO DE ALMEIDA

PROTOCOLO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

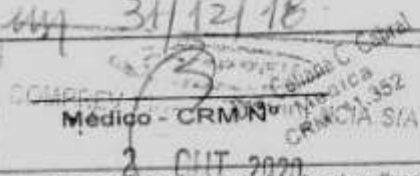
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Graus por Chamas (combustível)
em MMII

Tratamento Realizado: Cuidados especializados
no local
antibiótico terapia
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 7.00h)

Cópia de: Ata em 31/12/18


Médico - CRM Nº 352
2 OUT 2020

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



Nº Atendimento: 106.1221

Nº Atendimento: _____
Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Quimadina de II/III
Gravidade por Chama (com buste)
em MMII

Tratamento Realizado: Curativos Especializados
nos Rodados.
antibiótico terapia.
Exerto de pele (20/12/18).

Observação: Retornou ao ambulatório de queimados p/ curativos (2ª, 4ª e 6ª ferros em 7.00h).

Cópia de: Nota 444 31/12/18

644 31/12/18
Medico - CRM N. 352
2 OUT 2020

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



Sinistro: 3200/384610

CPF: 098.087.504-86

Vítima: Jailan Roberto Vilira da Silva.

Desejo informar a seguradora líder que não tenho mais documentos médicos para encaminhar desejo que meu processo seja dado continuidade para que eu possa receber o que é meu por direito, fico no aguardo de uma resposta.

02/12/2020





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Taibam

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/12/18 - T. Compacção e
conduta. Realizando as avaliações e
inscrição a unidade.

19/12/18

J. Ribeiro
Medico chefe da Unidade
5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, por
CD 11

20/12/18

J. Ribeiro
5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, por
CD 11

21/12/18 UTB - Plantão

Paciente evoluindo bem, com queixas
de ex. emprego, indicado a seguir
ROR em 2T PA = 140x80
MVN 5T PA
curativo limpo.

CD - Manada

- Deixar tela guardada de angélicas D. que segundo possui
for na pra fei não retirada (certa com mani ole)

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

02/12/2018 22:44

Nome Paciente: TAYLAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/04/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 00956
Convênio:
Atendimento:

02/12/2018 22:44 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Urgência:

AMARELO - URGENTE

Gravidade:

AMARELO

Resumo Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA POR EXLOSAO DE COMBUSTIVEL EM
ATENDIMENTO IME

Classificação:

SENHA: 0580258

Procedimento(s):

QUEIMADURAS

Severidade(s):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CHIRURGIA GERAL

Observações:

Sinais Vitais Lidos:

- SATURACAO DE O2: 89.00 % (AFI ATMOSFERICO)
- ESCALA DE DOR: 7
- ESCALA COMA DE GLASSOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 02/12/2018 22:44

Assinatura de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente

Enfermarias/Lito

Registro

Paciente Roberto Viana da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Traumatologia/Osteopatia

8:00 03/12/2018

(40) Paciente 5º dedo - interdigital +
 Queimadura de II e III graus em região
 Paciente vítima de acidente automobilístico.
 Exposto de queimadura de 1ª e 2ª graus
 Paciente em estado de choque apresentando
 queimadura em região do pé 2º e 3º.
 Acidente refere dor em 5º dedo e capicadura
 entre os 5º dedos.

Do exame físico - escarlapas e em 5º
 sentido e/ou de interdigital
 Rx e/ou de interdigital interdigital e
 proximal

CD: 1) R de dor no membro

2) Novo Rx

9:40

Rx e/ou de interdigital. Refere dor no 5º dedo
 CD. Queimadura de 1ª e 2ª graus de 1º dedo
 distal do 5º dedo. Não dispomos de
 foto de talão

3) Alta e/ou de interdigital de interdigital.

3) Nos cuidados de emergência
 R de dor e



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

26/12/18

Paciente

THILANY ROBERTO V SILVA

Srv

Cp

Mód

Risco

A P 52

Nome do Anestesiologista

BOA RANILSON

Nome do Cirurgião

EDUARDO/IN BARRETO

1658150

Depência ☒ Não ☐ Sim

Cirurgia

Belmonte + endo + cutâneo

830 900

O2

FIO2

XO

O2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

FIO2

Drogas Usadas

Carótida

Propofol 12
Lidocaina 27
M02 8
Bupivac 27
K-Lid 87

Técnicas Anestésicas

Região + Lidocaina

COOP

Monitorização

☐ Cardíaco☐ Oximétrico☐ FIO2☐ Sinais vitais☐ Capnografia☐ ECG Pré-Cardíaco☐ Outros☐ SPO2☐ Temperatura☐ Sinais vitais☐ Análise de Gases☐ Pyl☐ Estimulação de Refl.☐ Urina Anest.☐ Volémia IEP Plus

Exame físico

☐ Acústico☐ Sonolento☐ Saturado☐ Desaturado☐ Desaturado☐ SPO2☐ Acústico☐ Urina☐ Exame

Invasividade

☐ Não☐ Sim

Descrição

Descrição

Dr. Ranilson Nascimento

Médico Anestesiologista

CPF: 492.223.284-15

CRM 8612 - CRO 273104

Assinatura do Anestesiologista

+ THIAGO

COD. 0152

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Caíque A

Nº do Paciente:

Clinica:
QUEIMADOS

Nº do Leito

DR. MARCOS BARRETTO

1º Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneoterapia

ASSEPSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2 DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3 CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Unidades de Informação Secundárias
29 UTO MARCULINO ADUATO 2A



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Taylor Roberto Vieira de Lima

Clinica: Ortopedia

Operador: Dr. Marcelo Samuels

1ª Assistente:

2ª Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Genf (30g/ml)

Duração:

Fim:

Data da Operação: 26/12/18

Diagnóstico Pré-Operatório: Amputação de III e IV de

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneotomias e redação +
curativos cutâneos de M.I.E.

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Balneotomias e
limpeza da área operada

2 curativos de pele das coxas

2 colocação e fixação de pele

na área operada

O curativo aderente e Adesivo

[Assinatura]

000.0042



FICHA DE ANESTESIA

Data

04/12/08

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

TALLUNI ROBERTO VILHENA DA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

B

27

J

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

SILVEIRA GILDA MARINHO

SILVEIRA

Médico Responsável

1061221

Urgência

☐ Não☐ Sim

Cirurgia

Bariestomagem

Hora

08:45

08:50

09:00

09:10

09:20

09:30

09:40

09:50

10:00

10:10

10:20

10:30

10:40

10:50

11:00

11:10

11:20

11:30

11:40

11:50

12:00

12:10

12:20

12:30

12:40

12:50

13:00

13:10

13:20

13:30

13:40

13:50

14:00

14:10

14:20

14:30

14:40

14:50

15:00

15:10

15:20

15:30

15:40

15:50

16:00

16:10

16:20

16:30

16:40

16:50

17:00

17:10

17:20

17:30

17:40

17:50

18:00

18:10

18:20

18:30

18:40

18:50

19:00

19:10

19:20

19:30

19:40

19:50

20:00

20:10

20:20

20:30

20:40

20:50

21:00

21:10

21:20

21:30

Drogas Usadas

Quantidade

Ketalar

100 mg

Fentanyl

50 mg

Diluvon

5 mg

Técnica Anestésica

f. duradoura IV

Vigilância

☐ NIS☐ Cardíaca☐ Temperatura☐ Oxim.☐ Sonda☐ PA☐ Analgesia☐ Sonda Respir.☐ P.O.☐ Glicemia☐ Exatidão de Hem.☐ Exat. Pré-Operat.☐ Urina☐ Diurese☐ Volume H₂O

Exatidão

☐ Fluido☐ Sonda☐ Volume☐ Diurese☐ S.R.☐ Água e Sal☐ Urina☐ Exatidão

Hemodinâmica

☐ Não☐ Sim

Respiratória

Cardíaca

Circulatória

Cerebral

Renal

Hepática

Endócrina

Imunológica

Neurológica

Oftalmológica

Otorrinolaringológica

Dermatológica

Ginecológica

Urológica

Psiquiátrica

Pediátrica

Gerontológica

Neonatal

Transfusional

Outros

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

Sim



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1061221

Data e Hora de Atendimento:
02/12/2018 22:53

Local de Entrada: EMERGEN
Atendimento: Manual

Cod. Paciente: 1058180 Paciente: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA Sexo: MASCULIN
Data de nascimento: 16/04/1991 Idade: 27a 7m 15d
Estado Civil: UN170 CONSEN Profissão: Acompanhante: LUANA DO NASC

OCCID / Data expedição: Mãe: EDINALVA FELICIANO DA SILVA Cartão SUS: 700201988664
8152255 / 06-Mar-12 Pai: EDVALDO MEIRA

Endereço: RUA FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Número 104
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: PAUDALHO PE Telefone: 985676933

Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)

Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assa

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐

Observação:

História Clínica:

PACIENTE VITIMO DE ACIDENTE MOTO
II e III graus em MMII (35% DA
SUSTENTACAO GERAL)

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp

B: Respiratório

Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

com

15 dias

Após retirada, observei mobilização normal do
punho e 5º DDD.

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

20/12/18 - T. Ompacurand

Condutor: Observamos uma lesão nodulosa
de 1da mão direita
de 1da mão esquerda (devido a
tempo de imobilização)
Treino de marcha

Carla
Ferreira
CRM: 11.352

22/12/18

Evolução

Paciente bem, sem queixas.
Sem ptn. Reduzido. Corado.

Clinicamente bem. Col. Mantida.

Christiane Dalla Nora
CRM: 15373

24/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. Tend. para
8/12/18. 1/12/18
sem queixas. 1/12/18
cel m

26/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. 8/12/18. 1/12/18
sem queixas. 1/12/18
cel m



Deficiência motora	AIQD	☐ MSE	☐ AMO	☐ AME	☐ Papais	☐ Isocôncas	☐ Anisocôncas
Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora	Glasgow Resposta Total					
Escore	Escore	Escore					

Prontuário

QUIMOTOMIA DO II GRUPO GM MMET 1) INTERVENÇÃO NEOLUSOTOMIA	Cod. Procedimento
Ass. Médico	
Ass. Enfermagem	

Caso: ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Salvadiu-se ☐ Alta	Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Não Curado ☐ Piorado ☐ Obito
Alta / Internamento / Transferência CRM: _____ Data: <u>31/12/18</u> Hora: <u>10:10h</u>	
Responsabilidade para internamento: Assinatura: _____	
Responsabilidade de alta a pedido: Assinatura: _____	

Data e Hora Impressão: 02-Dec-18



Paciente

Tailan

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/12/18 - T. Ocupacional
Condut: Realizando exercícios para
MMII Treino de marcha

Carmen Duque
Terapia Ocupacional
CRP 010219-16

Clínica

10/12/18

Medico clinico Euclides

sf. 12/18 - sf. 12/18

sf. 12/18 - sf. 12/18

sf. 12/18 - sf. 12/18

ML 12/18

Paciente com sintomas AEU: A R. LDC

sf. 12/18 - sf. 12/18

Dr. Antonio Cordeiro
MED. CL
CRM 2618

11/12/18 - Clínica
sf. 12/18 - sf. 12/18
sf. 12/18 - sf. 12/18

Clínica

12/12/18 - Evolu: 1/12/18 - 1/12/18 - 1/12/18

sf. 12/18 - sf. 12/18
sf. 12/18 - sf. 12/18

COD. 0123

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Nº do Paciente:

Sau Lar

Ruben L

União

Clínica:
QUEIMADOS

Nº do Leito:

DRA. SOCORRO SOUZA

Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista: 10

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

04/12/18

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU de mss e m. n.

Diagnóstico Pós-Operatório:

Intenção Proposta: Balneoterapia + Desbridamentos Cirúrgicos.

1) ASSEPSSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2) DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3) CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Dr. Ruben L. União
CRM 1410

28/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

28/12/18 - T. Ocupacional

Conduta: Mantida condutas no posicionamento

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol
Conduta mantida

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Solução Hemograma completo

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014356819647
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	1059675619	*****	2019

NOME

DANIELE MARIA DA SILVA

PAUDALHO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
090.365.464-32	PDH3493

PLACA ANT/UI	CHASSI
*****	402201688P010999

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
EAB MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/PG150 FAN ES01	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25/149CL	EARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
TPVA 2019 QUITADO	12*****	2*****

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3*****
1	*****	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
34,26	0,32	34,58	11/01/19

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

Assinatura

PAUDALHO - PE

Marcelo Druto da Costa Correia

DATA
22/01/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 014356819647 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DANIELE MARIA DA SILVA

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUDALHO - PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2019	22/01/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	090.365.464-32	PDH3493

RENAVAM	MARCA/MODELO
090365464	HONDA/PG150 FAN ES01

ANO FAB	DATA	Nº CHASSI
2015	03	402201688P010999

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL X SERVIÇO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04

8102-106

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7. LUXAÇÃO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS MEMBROS INFERIORES (DESBRIDAMENTO, ENXERTO DE PELE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E MEMBROS INFERIORES

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 LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E RESIDUAL DOS MEMBROS INFERIORES

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			16,5 %	R\$ 2.227,50



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20
Número do Sinistro: 3200384610
Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86
CPF de: Próprio
Data do acidente: 02/12/2018
Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro
Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA : 098.087.504-86

- 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: 27/10/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva





03/07/2023

Número: **0029693-89.2023.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 21ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2023**

Valor da causa: **R\$ 7.222,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Nível de Sigilo: **0 (Público)**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Advogados
TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA (AUTOR)	
	ANA CRISTINA ALEIXO PEREIRA SANTOS (ADVOGADO(A))
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)	
	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))

Outros participantes	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
136885797	03/07/2023 14:36	ANEXO 2	Ações processuais\Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200384610 Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
--------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

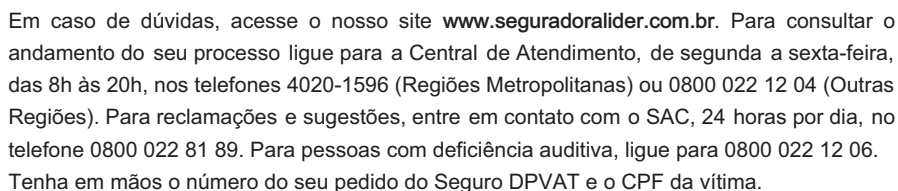
Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01057/01058 - carta_03 - INVALIDEZ

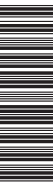


Carta nº 16294315





Carta n° 16528698



Num. 136885797 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 10 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 02/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TAILAN ROBERTO VIEIRA 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\$ 2.227,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 1.890,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.227,50

Banco: 104

Agência: 000004739

Conta: 000008451-5

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,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 104 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

☒ Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: 2. OUT 2020

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: CPF da vítima: 098.087.504-86 Nome completo da vítima: Jaulan Roberto Vieira da Silva

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

Nome completo: Jaulan Roberto Vieira da Silva CPF: 098.087.504-86
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Francisco de Melo Número: 304 Complemento: Casa
Bairro: Centro Cidade: Paudalho Estado: PE CEP: 55825-000
E-mail: (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2739 CONTA: 8451 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos: _____
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.

Local e Data: Paudalho, 29/09/20
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: 2. OUT 2020
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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:	03/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320038461001
VALOR TOTAL:	2.227,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04739
CONTA: 000000008451

Número da Autenticação

5289DD303130D7AB







LETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raça: PARDO

Nº OCORRÊNCIA:

Intuído: 11614

CNS: 700201989688821

Idade: 27 Anos 7 Meses 14 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Nascimento: 18/04/1991

Est.Civil:

Endereço: FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Nº: 104

Bairro: CENTRO

CEP: 55825000

Cidade: PAUDALHO

Nac.: BRASILEIRA

Doc nº: 8152255

Responsável: EDINALVA FELICIANO DA SILVA

Pai:

Tel.: 81 992375876

Profissão:

Responsável:

Histórias Ocorrências:			
Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:			
12/10/2018	20:52	27433	CURATIVO
10/10/2018	12:36	18189	TRIAGEM

E-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

HORÁRIO:	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

EIXAS / DIAGNÓSTICO:

Queimadura em braço

18

18

36-41

TRATAMENTO:

SRL 2000

4 comprimentos de braço

10-5569238

ANEXOS COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

TIPO DA SAÍDA:

AMBIÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

CLASSIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

BITO:

h m do dia

DATA SAÍDA:

RA SAÍDA:

DATA: 02/12/2018 20:52:31

☐ CURATIVO

☐ NEBULIZAÇÃO

☐ BÁSICO

☐ RETIRADA DE PONTO

☐ ESP

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐ URGÊNCIA BÁSICA

☐ URG. ESPECIALIZADA

☐ OBS. BÁSICA

☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

RECEPCIONISTA: ELISANGELA ELPIDIO VEREDO DE ALMEIDA

2. OUT 2020

PROTÓCOLO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

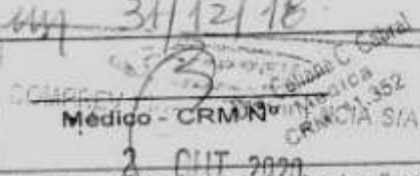
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Graus por Chamas (combustível)
em MMII

Tratamento Realizado: Cuidados especializados
no local
antibiótico tópico
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 7.00h)

Cópia de: Ata em 31/12/18


Médico - CRM Nº 352
CRONICA S/A

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 106.1221

Nome: Tailan Roberto Vieira da Silva

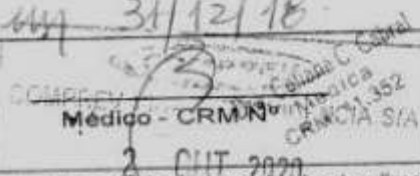
Foi atendido às 22:53 hs. do dia 02, 12, 18

Diagnóstico Provável: Queimaduras de II/III
Graus por Chamas (combustível)
em MMII

Tratamento Realizado: Cuidados especializados
no local
antibiótico terapia
exeto de pele (20/12/18)

Observação: Retornou ao ambulatório de
queimados p/ curativos (29, 49 e
69 feridas em 7.00h)

Cópia de: Ata em 31/12/18


Medico - CRM Nº 2 OUT 2020
CRM Nº 352
CRM Nº SIA

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086



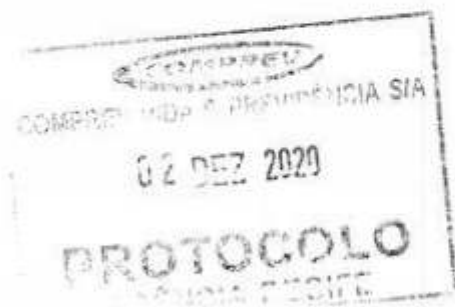
Sinistro: 3200/384610

CPF: 098.087.504-86

Vítima: Jailan Roberto Vilira da Silva.

Desejo informar a seguradora líder que não tenho mais documentos médicos para encaminhar desejo que meu processo seja dado continuidade para que eu possa receber o que é meu por direito, fico no aguardo de uma resposta.

02/12/2020





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

Taibam

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

18/12/18 - T. Compacção e
conduta. Realizando as avaliações e
inscrição a unidade.

19/12/18

J. Ribeiro
Medico chefe da Unidade
5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, por
CD 11

20/12/18

J. Ribeiro
5/12/18 5/12/18 5/12/18
fome pequena, por
CD 11

21/12/18 UTG - Plantão

Paciente evoluindo bem, com queixas
de ex. empuxo, indigestão, diarreia.
RCR em 2T PA = 140x80.
MVN 5T PA.
Curativo limpo.

CD - Manada

- Deixar tala girada de anel de D. que segundo
for na praia foi retirado (tela com mancha)

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

02/12/2018 22:44

Nome Paciente: TAYLAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 18/04/1991
Sexo: Masculino
Idade: 27
Senha: 00956
Convênio:
Atendimento:

02/12/2018 22:44 - FABIANA GOMES DA SILVA COELHO - COREN: 111092 - FUNÇÃO: ENFERMEIRA

Urgência:

AMARELO - URGENTE

Gravidade:

AMARELO

Resumo Principal:

PACIENTE VÍTIMA DE QUEIMADURA POR EXLOSAO DE COMBUSTIVEL EM
ATINGIDO MMII

Classificação:

SENHA: 0580258

Procedimento clínico:

QUEIMADURAS

Severidade(0-9):

- DOR MODERADA?

Especialidade:

CHIRURGIA GERAL

Observações:

Quais Vidas Lidas:

- SATURACAO DE O2: 89.00 % (AFI ATMOSFERICO)
- ESCALA DE DOR: 7
- ESCALA COMA DE GLASSOW ADULTO: 15

Acolhido(a) por: FABIANA GOMES DA SILVA COELHO
Data: 02/12/2018 22:44

Assinatura de Acolhimento com Classificação de Risco

Paciente

Enfermarias/Lito

Registro

Paciente Roberto Viana da Silva

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Traumatologia/Osteopatia

8:00 03/12/2018

(40) Paciente 5º dedo - interdigital +
 Queimadura de II e III graus em região
 Parafuso único, osso intacto, interdigital.
 Resposta de queimadura de 1º grau, na qual
 Parafuso em ambos os dedos apresenta de
 queimadura em região de grau 2-3.
 Sendo ref. de 1º grau em 1º e 2º dedos.
 Sendo no 5º dedo.

Do exposto segue - resumo de 1º e 2º
 S: 1º e 2º dedos interdigital
 R: 1º e 2º dedos interdigital interdigital
 proximal

CD: 1º e 2º dedos interdigital

2º e 3º Rv

9:40

Rv 1º e 2º dedos. Refere melhora de grau
 CD. 1º e 2º dedos interdigital. Rv de 1º e 2º
 dedos de 1º e 2º dedos. Rv de 1º e 2º
 dedos interdigital

→ 1º e 2º dedos de 1º e 2º dedos.

3º e 4º dedos de 1º e 2º dedos.
 Rv de 1º e 2º dedos



FICHA DE ANESTESIA

Data

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

26/12/18

Paciente

THILANY ROBERTO V SILVA

Srv

Cp

Mód

Risco

A P 52

Nome do Anestesiologista

BOA RANILSON

Nome do Cirurgião

EDUARDO/IN BARRETO

Número da Anestesia

1658150

Dependência

☒ Não☐ Sim

Cirurgia

Belmonte + endoscopia

830 900

Ox

T_{ax}

XO

T_{ax}

Drogas Usadas

Carótida

Propofol 12g
Lidocaina 2g
M02 8g
Bupivacaína 2g
K-Lite 8g

Técnicas Anestésicas

Região + L₄ + L₅

COOP

Monitorização

☐ ECG☐ Capnografia☐ Temperatura☐ Oximetria☐ S_{at} O₂☐ P_{ao2}☐ Analgesia☐ Sonda vesical☐ P_{vc}☐ Cateterismo☐ Estimulação de Nervo☐ Balão Pré-Cordal☐ Urina☐ Outros☐ Volume L_{IV} Plus

Exame físico

☐ Acuidade☐ Sonoridade☐ Turgor

Drenagem

☐ SGA☐ A_o / E_o☐ Ur☐ Exame

Invasividade

☐ Não☐ Sim

Descrição

Observações

Dr. Ranilson Nascimento
Médico Anestesiologista
CPF: 492.223.284-15
CRM 8612 - CRO 223104

Assinatura do Anestesiologista

+ Thiago

COD. 0152

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Caíque A

Nº do Paciente:

Clinica:
QUEIMADOS

Nº do Leito

DR. MARCOS BARRETTO

1º Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista:

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneoterapia

ASSEPSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2 DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3 CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Unidades de Informação Secundárias
29 UTO MARCULINO ADUATO 2N



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Unidade de Saúde: HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Paciente: Taylor Roberto Vieira de Lima

Clinica: Ortopedia

Operador: Dr. Marcelo Samuels

1ª Assistente:

2ª Assistente:

Instrumentador:

Anestesia:

Genf (30g/ml)

Duração:

Fim:

Data da Operação: 26/12/18

Diagnóstico Pré-Operatório: Amputação de III e IV de

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: Balneotomia do membro +
luxotomia do III e IV de

Operação Realizada:

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATORIO

Balneotomia

Drum de ane operatória

2) retirada de pele das coxas

3) colocação e fixação da pele

na ane operatória

4) curativo oclusivo e Adesivo

[Assinatura]

000.0042



FICHA DE ANESTESIA

Data

04/12/08

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

PERNAMBUCO

Paciente

TALLUNI ROBERTO VILHELA DA SILVA

Sexo

Cor

Idade

Risco

M

B

27

J

CRM

Nome do Anestesiologista

Nome do Cirurgião

S689 GILDA MARINHO

SUCONHO

Médico do Pré-anestesia

1061221

Urgência

☐ Não☐ Sim

Cirurgia

Bariestruque

Horário

08:45

08:55

09:00

09:05

09:10

09:15

09:20

09:25

09:30

09:35

09:40

09:45

09:50

09:55

10:00

10:05

10:10

10:15

10:20

10:25

10:30

10:35

10:40

10:45

10:50

10:55

11:00

11:05

11:10

11:15

11:20

11:25

11:30

11:35

11:40

11:45

11:50

11:55

12:00

12:05

12:10

12:15

12:20

12:25

12:30

12:35

12:40

12:45

12:50

12:55

13:00

13:05

13:10

13:15

13:20

13:25

13:30

13:35

13:40

13:45

13:50

13:55

14:00

14:05

14:10

14:15

14:20

14:25

14:30

14:35

14:40

14:45

14:50

14:55

15:00

15:05

15:10

15:15

Drogas Usadas

Quantidade

Ketalar

100 mg

Fentanyl

50 mg

Dormonal

5 mg

Técnica Anestésica

f. duradoura IV

Verificação

☐ ECG☐ Cardíaco☐ Temperatura☐ Oxim.☐ Saturações☐ PA☐ Analgesia/Tumor☐ Sonda Respir.☐ P.O.☐ Cateter☐ Estimulação de Nervos☐ Esm. Pré-Operat.☐ Urina☐ Diurese☐ Volume H₂O Pós

Exame físico

☐ Pulso☐ Sinais☐ Voz☐ Visão☐ Olfato☐ SRA☐ Acom. R. E.☐ G.M.☐ Estado

Hemodinâmica

☐ Não☐ Sim

Respiração

Circulação

Cirurgia

Anestesia

Drogas

Efeitos

Complicações

Observações

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data

Local

Assinatura

Data



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital de Restauração

Ficha de Atendimento

ETIQUETA

Numero do Registro

1061221

Data e Hora de Atendimento:
02/12/2018 22:53

Local de Entrada: EMERGEN
Atendimento: Manual

Cod. Paciente: 1058180 Paciente: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA Sexo: MASCULIN
Data de nascimento: 16/04/1991 Idade: 27a 7m 15d
Estado Civil: UNIDO CONSEN Profissão: Acompanhante: LUANA DO NASC

DOC ID / Data expedição: 8152255 / 06-Mar-12 Mãe: EDINALVA FELICIANO DA SILVA
Pai: EDVALDO MEIRA Cartão SUS: 700201988664

Endereço: RUA FRANCISCO DE MELO CAVALCANTE Número 104
Bairro: CENTRO Complemento:
Cidade: PAUDALHO PE Telefone: 985676933

Ocorrências:
Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)
Procedência: OUTRO HOSPITAL

Informações do Serviço Social:

Confirmação de nome: Fones: Assa

Confirmação de endereço:

Providências: Alta ☐ Caso Social ☐

Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons.Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Público ☐

Outros ☐ Assa

Observação:

História Clínica:
Paciente vítima de acidente de trânsito
II e III graus em MMII (35% da
superfície corporal)

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por

Imobilização Cervical: Sim ☐ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:

Condições de imobilização adequada: Sim ☐ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A: Geral Via aérea está permeável: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp

B: Respiratório

Circulatório PA: X mm Pulso: bpm

com

15 dias

Após retirada, observei mobilização normal de
punho e 5º DDD.

Dr. Carlos E. Cabral
Médico
CRM: 11.352

20/12/18 - T. Ompacurand

Condutor: Observamos uma lesão nodulosa
de 1da mão direita
de 1da mão esquerda refere dor (devido a
tempo de imobilização)
Treino de marcha

Carla
Ferreira
CRM: 11.352

22/12/18

Evolução

Paciente bem, sem queixas

Sem ptn. Reduzido. Corado

Clinicamente bem. Col. Mantida

Christine Dalla Nora
CRM: 15373

24/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. Tend. para
8/12/18
sem queixas. Col. m.

26/12/18

Cl. médica

Ordem clínica. Tend. para
8/12/18
sem queixas. Col. m.



Deficiência motora	AISO	☐ MSE	☐ AMO	☐ AME	☐ Papais	☐ Isocôncas	☐ Anisocôncas
Glasgow Resposta Verbal	Glasgow Resposta Motora	Glasgow Resposta Total					
Escore	Escore	Escore					

Prontuário

QUIMOTOMIA DO II GRUPO GM MMET 1) INTERVENIMENTO NEOPLASIA	Cod. Procedimento
Ass. Médico	
Ass. Enfermagem	

Caso: ☐ Cirurgia ☐ Obito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Salvado-se ☐ Alta	Condição de Alta: ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Não Curado ☐ Piorado ☐ Obito
Alta / Internamento / Transferência CRM: _____ Data: 31/12/18 Hora: 10:10h	
Responsabilidade para internamento: Assinatura: _____	
Responsabilidade de alta a pedido: Assinatura: _____	

Data e Hora Impressão: 02-Dec-18





Paciente

Tailan

Enfermaria/Leito

Registro

EVOLUÇÃO CLÍNICA

09/12/18 - T. Ocupacional
Condut: Realizando exercícios para
MMII Treino de marcha

Carmen Duque
Terapia Ocupacional
CRP 010219-16

af. medula

10/12/18

Medico clinico Euclides do

sf. medula sf. medula

fora controle e for

cd. m

ML 10/18

Paciente sem sintomas AEU: A R. LDC

09/12/18 sf. medula controle mantido

Dr. Antonio Cordeiro
MEDICO
CRM 7618

11/12/18 - af. medula
sf. medula sf. medula
fora controle e for

cd. m

af. medula

13/12/18 - Evolu: sf. medula sf. medula sf. medula

sf. medula sf. medula

fora controle e for cd. m

fora controle e for

COD. 0123

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde:
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Nome do Paciente:

Nº do Paciente:

Sau Lar

Ruben L

União

Clínica:
QUEIMADOS

Nº do Leito:

DRA. SOCORRO SOUZA

Assistente:

2º Assistente

Instrumentador:

Anestesiista:

JO

Anestesia:
Narcose

Duração:

Data da Operação:

04/12/18

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

QUEIMADURAS DE II E III GRAU

da mss e m m

m m

Diagnóstico Pós-Operatório:

Intenção Proposta: Balneoterapia + Desbridamentos Cirúrgicos.

1) ASSEPSSIA DE ÁREA CIRÚRGICA COM CLOREXIDINA

2) DESBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO

3) CURATIVO COM SULFADIAZINA DE PRATA

Dr. Socorro Souza
CRM 1410

28/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

28/12/18 - T. Ocupacional

Conduta: Mantida condutas no posicionamento

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Sacinte sem intercorr.
ACU e A.R. NDN
Abdomine Glaciol
Conduta mantida

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618

29/12/18

Soluções Hemopares complet

Dr. Antonio S. F. de
MELLO
CRM 7618







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014356819647
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD RENAVAM	RENTRC	EXERCÍCIO
1	1059675619	*****	2019

NOME
DANIELE MARIA DA SILVA

PAUDALHO - PE

CPF/CNPJ	PLACA
090.365.464-32	PDH9965

PLACA ANT/UI	CHASSI
*****	402201688P010999

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
EAB MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/PG150 FAN ESDI	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
25/149CL	EARTIC	PRETA

COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. COTAS
TPVA 2019 QUITADO	12*****	2*****

FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3*****
1	*****	

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
34,26	0,32	34,58	11/01/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

Assinatura
PAUDALHO - PE DATA **22/01/19**
Marcelo Druto da Costa Correia

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAÔ - SEGURO DPVAT

PE Nº 014356819647 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DANIELE MARIA DA SILVA

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

PAUDALHO - PE	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
	2019	22/01/19

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	090.365.464-32	PDH9965

RENAVAM	MARCA/MODELO
005000010	HONDA/PG150 FAN ESDI

ANO FAB	DATA	Nº CHASSI
2015	03	402201688P010999

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL X SERVIÇO SEGURO (R\$)

☐ COTA ÚNICA	PAGAMENTO	☐ PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.248.008/0001-04

8102-106



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200384610

Cidade: Paudalho

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente: 02/12/2018

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7. LUXAÇÃO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DOS MEMBROS INFERIORES (DESBRIDAMENTO, ENXERTO DE PELE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E MEMBROS INFERIORES

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 LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA E
RESIDUAL DOS MEMBROS INFERIORES

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	14%	R\$ 1.890,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			16,5 %	R\$ 2.227,50



DADOS DO SINISTRO

Número:

3200384610

Cidade:

Paudalho

Natureza:

Invalidez Permanente

Vítima:

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Data do acidente:

02/12/2018

Seguradora:

GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: QUEIMADURAS DOS MEMBROS INFERIORES. P.2/4/6/7.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESTRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Número do Sinistro: 3200384610

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0305045/20

Vítima: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF: 098.087.504-86

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA : 098.087.504-86

- 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: 27/10/2020
Nome: TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA
CPF: 098.087.504-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/10/2020
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

TAILAN ROBERTO VIEIRA DA SILVA

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

