

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312872 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190312872 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190312872 Vítima: ARAO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 05/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ARAO FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003695/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/02/2019 08:54 Data/Hora Fim: 15/02/2019 09:06
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 15/02/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/11/2018 07:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Brigadeiro Eduardo Gomes

Bairro: Dos Estados

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARAO FERREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: RR - Boa Vista	Sexo: Masculino	Nasc: 31/05/1981
Profissão: Autônomo			
Nome da Mãe: Erotildes Diniz e Macedo			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 703.143.652-49

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua moises teixeira hausen
Bairro: carana
Telefone: (95) 99177-7856 (Celular)

Nº: 1015

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.587.902-97	Placa NAP1730
Renavam 00839028539	Número do Motor E337E-074867
Número do Chassi 9C6KE043050044791	Ano/Modelo Fabricação 2005/2004
Cor AZUL	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/YBR 125E
Modelo YAMAHA/YBR 125E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 09/11/2004	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Arao Ferreira dos Santos	Possuidor

08 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003695/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante acima qualificado informa que, no local e data supracitados, conduzia a sua motocicleta quando, em determinado momento, um gato cruzou a sua frente fazendo com que o sr. Arão perdesse o controle da motocicleta e caísse na via. Tal acidente causou lesões corporais no comunicante, tendo inclusive quebrado o ombro direito. Após o acidente o comunicante foi socorrido pela equipe do SAMU e encaminhado ao HGR. A PM não compareceu ao local do acidente. Este BO é para fins de recebimento de seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS



Jorge Fernando Paiva Figueiredo
Responsável pelo Atendimento

AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

Arão Ferreira dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos artigos 304 do Código de Processo Penal e 340 Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

08 MAIO 2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1477143892

PROIBIDO PLASTIFICAR
1477143892

ARAO FERREIRA DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE/ORG. EMISSORA
176720 SSP RR

CPF
703.143.652-49

DATA NASCIMENTO
31/05/1981

FILIAÇÃO
LOURIVAL FERREIRA DOS SANTOS
EROTIDES DINIZ DE MACEDO

PERMISSÃO
ACD
CAT. 01
AD

Nº REGISTRO
04489389208

VALIDADE
16/08/2022

Nº HABILITAÇÃO
30/10/2008

RESERVAÇÃO
EAR

Assinatura do Portador

LOCAL
BOA VISTA, RR

DATA DE EMISSÃO
16/08/2017

ANTONIO FRANCISCO BRERIA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

ASSINATURA DO EMISSOR

50224311488
RR209278340

RORAIMA

DETRAN - CONTRAN

DFACALAPMRAUESCOMANTINSNOTPE

08 MAIO 2019

14 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

ILDIR INACIO DE SOUZA



DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR

114807 SSP RR

CPF

383.051.512-04

DATA NASCIMENTO

07/04/1978

RESERVAÇÃO

JOSE SOUZA DE ASSUNCAO

ONIRIA INACIO DE
OLIVEIRA

PERMISSÃO

AB

ACC

AB

CAT. AB

AB

TÍTULO

Nº REGISTRO

01101912304

VALIDADE

28/01/2020

Nº HABILITAÇÃO

15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

BOA VISTA - RORAIMA

DATA DE EMISSÃO

30/01/2015

JOSELUIS AUGUSTO DE FARIAS
DIRETOR PRESIDENTE

ASSINATURA DO DIRETOR

32495240616

RR207968020

DETRAN-RR (RORAIMA)

VÁLIDA EM 1999
O TERRITÓRIO NACIONAL

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

980151096

08 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801031063 05/11/2018 09:49:51 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
ARAO FERREIRA DOS SANTOS 31/05/1981 37 A 5 M 5 D 898002787312278 70314365249 00012991

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 176720 SSP/RR M CASADO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Pai Contato
EROTILDES DINIZ MACEDO LOURIVAL FERREIRA DO SANTOS (95) 99113-1996

Endereço Ocupação
RUA - MOYSES TEIXEIRA HAUSEN - 1015 - CARANA - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Setor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:

GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA MARLY

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ACIDENTE DE MOTO

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

SÍNDROME DE ACIDENTE DE TRANSITO REPERTE POR EM MID

OMÓFILA E COLUMNA CERVICAL. TRAUMA A/SANCO C/PN-CUM

MIGRA E COLUMNA CERVICAL

Exame Físico

BEC, LCC, CANTOS, EUPNEICO, HIPOATERO

NETA ALCANCIA

Hipótese Diagnóstica

POLI TRAUMAS

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

(1) DIPLOMA 13 (EU)

(2) TILATIL 20 (EU)

Condição de Atendimento

☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório

☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)

☐ Alta a Revella ☐ Internação

☒ Transferência para: ORTO/EDIA Data e Hora da Saída/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marly

Data Hora: 05/11/2018 09:51:23

08 MAIO 2019

Dr. Lael da Silva

Médico

05/11/2018

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

1801031063

Autopsia - Dr. Luis

Doente vítima de acidente de auto com FR. de
Unus proximal e trauma em costado. RX
de baixa qualidade.

CD: Saída não RX.

Após, internar a Sala de Gesso

Dr. [illegible]
[illegible]
[illegible]

08 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1801031063 05/11/2018 09:49:51 FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 14

Paciente Data Nascimento Idade CNS CPF Prontuário
ARAO FERREIRA DOS SANTOS 31/05/1981 37 A 5 M 5 D 898002787312278 70314365249 00012991

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 176720 SSP/RR M CASADO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe Pai Contato
EROTILDES DINIZ MACEDO LOURIVAL FERREIRA DO SANTOS (95) 99113-1996

Endereço Ocupação
RUA - MOYSES TEIXEIRA HAUSEN - 1015 - CARANA - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA

Sector Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA MARLY

Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

ACIDENTE DE MOTO

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL
AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
SÍNDROME DE ACIDENTE DE TRANSITO REPERTE POR EM MID
GARÇA E COLUMNA CERVICAL. TRAUMA A/SANEU C/PN-CM
MIGRA E COLUMNA CERVICAL

Exame Físico
BEC, LCC, CANTOS, EUPNEICO, HIPOFARINGEA ALCANTIA

Hipótese Diagnóstica
POLITRAUMAS

SADT - Exames Complementares
☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☒ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) DIFINONA 1g (EU)		
(2) TILATIL 200 (EU)		

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ Internação
☒ Transferência para: ORTO/EDIA Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / / : :

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: marly
Data Hora: 05/11/2018 09:51:23

08 MAIO 2019

Dr. Lael da Silva
Médico
05/11/2018



1801031063

Autopsia - Dr. Luis

Doente vítima de acidente de auto com FR. de
Unus proximal e trauma em costado. RX
de pouca qualidade.

CD: Saída não RX.

Após, internar a Sala de Gesso

Dr. Fernando Roberto
1941 - 1981
13/05/81

08 MAIO 2019

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 ASL: _____ CPF da vítima: 703.143.652-49 Nome completo da vítima: Anaã Ferreira dos Santos

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

Nome completo: Anaã Ferreira dos Santos CPF: 703.143.652-49

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Moyses Teixeira House Número: 1015 Complemento: _____

Bairro: Caraná Cidade: Boa Vista Estado: RR CEP: 69.313-582

E-mail: TIOTRRR@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): (95)99154-4282

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)

AGÊNCIA: CONTA:

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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: Boa Vista - RR,

Nome: Anaã Ferreira dos Santos

CPF: 703.143.652-49

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Anaã Ferreira dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.