

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANE REIS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05984-6

CONTA: 000000004702-3

Nr. Autenticação

BRADESCO1106201905000000000023705984000000004702168750 PAGO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190317933 **Cidade:** Tobias Barreto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALANE REIS DA SILVA **Data do acidente:** 29/09/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA DO TÁLUS À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: REFERE DOR EM PÉ E TORNOZELO ESQUERDOS QUANDO DEAMBULA OU QUANDO FICA TEMPO PROLONGADO EM ORTOSTASE. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS EM TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA. REALIZOU CERCA DE 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/09/2019

Conduta mantida: Sim

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 06/06/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.

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

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e

Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190317933**

Nome do(a) Examinado(a): **ALANE REIS DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

TRAVESSA JOSE ALVES DE MACEDO - Tobias Barreto - SE - CEP 49300000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.672.654-0**

Data e local do acidente: [**29/09/2018**] **TOBIAS BARRETO-SE**

Data e local do exame: [**30/09/2019**] **Estância** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA COMINUTIVA DO TÁLUS À ESQUERDA.

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

REFERE DOR EM PÉ E TORNOZELO ESQUERDOS QUANDO DEAMBULA OU QUANDO FICA TEMPO PROLONGADO EM ORTOSTASE. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO, COM LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS EM TORNOZELO ESQUERDO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA. REALIZOU CERCA DE 30 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS, COM ALTA MÉDICA.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

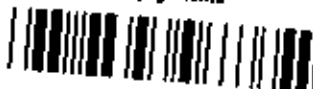
VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ATRAVÉS DA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 06/06/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO ESQUERDO EM GRAU MODERADO. CONDUTA MANTIDA.



Assinatura do Médico Examinador - CRM/SE
4233

Alexsandro Silva Bonfim - CRM: 4233 - SE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoredelider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

068 686 36580

Nome completo da vítima

Alane Reis da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Alane Reis da Silva

CPF titular da conta

068 686 36580

Profissão

Lavadeira

Endereço

Co. Jose Alves de Macedo

Número

48

Complemento

9088

Bairro

Par. Pileti

Cidade

Tobias Boneto

Estado

Se

CEP

E-mail

jr.araujo.melo@bel.com.br

Telefone (DDD)

79 99816 6681

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Bradesco

Nº

237

AGÊNCIA

Nº

5984

D/V

CONTA

Nº

0004702

D/V

3

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Tobias Boneto 22 de Abril de 2019

Local e Data

x Alane Reis da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOM - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL

TERM. 051360

ALANE REIS DA SILVA
AGENCIA 5984 CONTA 0004702-3

10:45 HRS
28/MAR/2019

DISPONIVEL 405,69
= TOTAL DISPONIVEL 405,69
+ CONTA FACIL (C/C + POUPI)
TOTAL DE RECURSOS 405,69
SALDO DISP. P/INVEST. 405,69

Movimentacao CONTA FACIL - C/C + POUPI
DEZEMBRO/2018
DIA HISTORICO N. DOCTO VALOR
10 SALDO ANTERIOR 0,00
20 MARCO/2019 455,19
RECEB PAGFOR 2005984
SEGURODORA LIDER DO CONSORCIO 10 15,50
TARIFA BANCARIA 0110119
CESTA B.EXPRESS04 15,50
TARIFA BANCARIA 0110219
CESTA B.EXPRESS04 15,50
TARIFA BANCARIA 0120319
CESTA B.EXPRESS04 405,69
SALDO TOTAL

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E REMOVIÇÕES
Poupança FACIL - DEPOSITOS A PARTIR DE 4/5/12
DIA DO SALDO EM REMOVIÇÕES
ANIVERSARIO 28/03/2019 0,00
20 404,69 0,00
TOTAL

Demonstrativo para simples conferência
Sujeito a alterações até o final da dia.
Fone facil - 4002 0022 / 0800 570 0022
SAC Ato Bradesco - 0800 7048383.
Deficiência Auditiva/Fala 0800 722 0999.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 7779933 das 08h às 18h.
de segunda a sexta-feira, exceto feriados.
A declaração de Quitacao Anual de Tarifas PF
esta disponivel no Autoatendimento e Internet.

N.º 3.1326

Hora de Entrada: 15:10

Identificação

Cartão SUS:

Date de Nasc: 24/08/1997

Observação: 06.02.2011

Cidade: _____

~~CONFIDENTIAL~~

Deputada Líder DPVAT

UF: 57

I - Atendimento de Enfermagem

Here: 14-92

Planta infusoril Acinetobacter de modo p...
K... G... M... S... C... B...
K... T... P... F...
DE C... S... N... H...

NAME Neo State Informant

Ass. e Carimto *Claudio* *Ass. e Carimto*

1. Anamnese e Exame Físico:

II - Atendimento Médico

1. Anamnese e Exame Físico: *Onco de 1h no tórax*
com cavidade
na base
foalho de 1h
no tórax

2. Pipette Diagnostic

Full & Col
+ Full ES
+ ~~Full ES~~
Rd - A. Doe

3. Conduta / Prescrição:

① Porteur d'ordre
② Caisse d'ordre

Assistente do Cliente / Responsável

Ass: do nãssido

ក្រសួងពាណិជ្ជកម្ម និង រ៉ែ

INTREGALIDADE DA ASSISTÊNCIA

19:35hs - Feito medição de CPM. Enc.
 Rx p/ avaliação médica.
 21:45 - cliente transportado com ambulância ao município p/ HUSE
 (com ambulância) e logo acompanhado
 por familiares.
 30.09.18/07:30h seguinte refazer a triagem
 de triagem. Refazer a triagem
 da para ir ao Hospital Universitário
 de Lages (HUL).
 30.09.18/07:30h Regulado com êxito
 para Hospital Universitário de Lages (HUL).
 Médica enfermeira, G. Ben.

da

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 INSTITUTO DE MEDICINA
 COORDENADORIA DE MEDICINA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
 INSTITUTO DE MEDICINA
 COORDENADORIA DE MEDICINA

SAÍDA:

☐ Alta
☒ Transferência

☐ Evasão
☐ Óbito

Data: 29/08/18

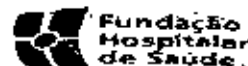
Horário: 21:45

Assinatura do Cliente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO
AV. JOAO ALVES FILHO, S/N TEL.: (079) 3541-4641/3169
CEP: 49300-000 - TOBIAS BARRETO/CE



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE - Vila, Fran

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTRUTOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

João Paulo da Silva

SEXO

Hom

NASCIDO EM

21/08/96

PRONTUÁRIO

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Paciente vítima de acidente de moto, região
do capote (SIL), manobras com contusões,
semelhante importante do tornozelo e, não
auso no MMSS e MMII verbalizando, com dor
na articulação e Rx 130x90 mm Hg
Resumo: 356 LATE pirilica incógnita e clonotomias

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDIÇÃO ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Sobrecarregado com fratura e Osteoporose
Rx com evidência de fratura de
Tórax de 1º e

DATA DO ENCAMINHAMENTO

24/02/98

Dr. José Humberto de O. Silva
Médico
RUBRICADO
FUND. 256
CRM/SP 4038

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia fotográfica retirada desta
serventia que confere com o original. Dou
Tobias Barreto, 07 de abril de 2019, 10:38:36.

Valor Total R\$ 1,00 - pelo 1201: 200329589021993, acesso:
https://www.tjse.br/uf/ua1001
000000



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TOBIAS BARRETO - TOBIAS BARRETO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031066/2018-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/12/2018 11:29 Data/Hora Fim: 10/12/2018 11:31
Delegado da Polícia: Fabio Afan Pinto Pimentel

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Tobias Barreto

Data/Hora do Fato: 29/09/2018 18:00

Local do Fato

Município: Tobias Barreto (SE)
Logradouro: Rodovia Antonio Carlos Valedares
Complemento: Rodovia
Ponto de Referência: Presídio Premabas
Tipo do Local: Outro

Bairro: Zona Rural

CEP: 49.300-000

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ALANE REIS DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Itapicuru Sexo: Feminino Nasc: 21/08/1996
Profissão: Empregada Doméstica Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteira(s)
Nome da Mãe: Sinaia Dória da Silva Nome do Pai: José Cosmo Reis da Costa
Em Serviço: Não

Documentos(s)

RG - Carteira de Identidade: 36726540
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 068.686.365-80

Endereço

Município: Tobias Barreto - SE Nº: 48
Logradouro: Povoado Pilões CEP: 49.300-000
Complemento: Casa
Bairro: Zona Rural

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa HZY6435	Renavam 0080769380
Número do Chassi 9C2JC30103R259788	Ano/Modelo Fabricação 2003/2003
Cor AZUL	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Tobias Barreto	Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Alane Reis da Silva	Exibidor

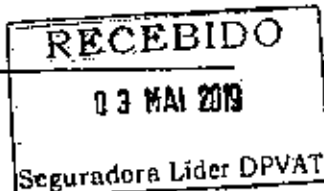
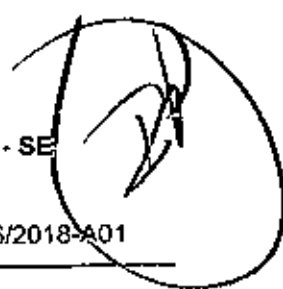


Delegado da Polícia Civil: Fabio Afan Pinto Pimentel
Impresso por: Daniel Barreto da Paixão
Data de Impressão: 15/04/2019 08:59
Protocolo Nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Boletim de ocorrência





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TOBIAS BARRETO - TOBIAS BARRETO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031066/2018-A01

RELATO/HISTÓRICO

Narra a noticiante que em data, local e horário já mencionado nesta ocorrência encontrava-se na garupa da referida motocicleta conduzida por Jollson da Silva Góis, proprietário desta, o qual ao tentar desviar de alguns animais (cavalos), o joelho desta noticiante tocou em um animal, fazendo com que a noticiante caísse da motocicleta, vindo ao chão. A noticiante ainda informa que após a colisão passou a não sentir seu pé esquerdo, razão pela qual não conseguiu se levantar. Assim o condutor da motocicleta o qual também caiu, no entanto, não sofreu lesões, juntamente com populares que trafegavam naquela Rodovia, ajudou esta noticiante chegar até o Hospital São Vicente de Paulo, onde deu entrada, e posteriormente conduzida até o Hospital Governador João Alves Filho, em Aracaju/SE, em razão de constatação de fratura em seu pé esquerdo, ao da entrada nesta unidade hospitalar a noticiante foi conduzida ao Hospital Universitário em Lagarto, onde passou por procedimento cirúrgico, conforme atestados médicos emitidos pelos hospitais suscitados nesta ocorrência, os quais foram apresentados nesta unidade policial. Ressalta-se ainda que o médico cirurgião atestou 90 dias de repouso, não podendo esta noticiante tocar o pé no solo. Por derradeiro a noticiante informa que a motocicleta envolvida nesta ocorrência não sofreu avarias. Assim registra o referido boletim de ocorrência para requerer o seguro DPVAT. É o relato.

ASSINATURAS

Daniel Barreto da Paixão
Responsável pelo Atendimento

Alane Reis de Silva
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(ais) pelas informações acima apresentadas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que deli origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 345-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Fábio Alan Pinto Pimental
DELEGADO DE POLÍCIA

FABIO

DELE

Selo digital de Fiscalização Tribunal de
Justiça de Sergipe
3º Ofício da Comarca de Tobias Barreto



AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia com o original extraída nesta
serventia, que confere com o original. Dou fé.
Tobias Barreto, 15 de Abril de 2019 10:38:39.

Roberto Cardoso
Escritor
Tobias Barreto
Sergipe



Delegado de Polícia Civil: Fábio Alan Pinto Pimental
Impresso por: Daniel Barreto da Paixão
Data de Impressão: 15/04/2019 08:59
Protocolo nº: N50 dls pontivo

Página 2 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



R. CEBIDO

03 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

PRONTOCLÍNICA
ORTOPÉDICA

- DPVAT

Relatório médico

- ① Nome: Raiz da Silva
- ② Idade: 23 anos
- ③ Data do acidente: 29/09/2018
- ④ Diagnóstico: fratura cominutiva do tarsus (astrágalo) do pé E S92.1
- ⑤ Tratamento:
Tratamento cirúrgico e fixação com 4 parafusos.
- ⑥ Sequelas após alta definitiva:
 - (a) Dor no pé E, necessitando de botô Robofest, e um por de mu-
leto, canadense para a caminhar.
 - (b) Limitação severa dos movimentos

Av. Francisco Bello Rollimberg, 100 - Tel: (41) 3205-5550 - 400-25-25

CNPJ: 06.903.000/0001-62 - CEP: 81062-000 - Curitiba

www.prontoclinica.com.br



PRONTOCLÍNICA ORTOPÉDICA

2. $\text{fornizelo e } p' \in$

- FRONTOLINEA ORTOPÉDICA
- (c) Presença de 4 profusões nas falas
 - (d) Hipertrofia da musculatura de perna e do core
 - (e) Queixo de dor na coluna
 - (f) Cephalia contínua.

Perda funcional do membro inferior esquerdo de 75%.

Baraja, 23/08/2019

Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34