

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02186

CONTA: 000000072388-6

Nr. da Autenticação E6B2A6C4F42E421A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030314 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DIÁFISE INTERMÉDIA A DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO OBSERVAMOS MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4+), COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+/+5), PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR DA PERNA E JOELHO, OUTRAS NUMULARES NA FACE ANTERIOR DA PERNA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, E LIMITAÇÃO MODERADA DE TORNOZELO; TÍBIA E FÍBULA COM DESVIO IMPORTANTE NO SENTIDO ANTERIOR (ARQUEADA),
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 25° / EXTENSÃO 15°

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 17/09/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 27/09/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO PARA REDUÇÃO DOS DANOS POR 01 ANO E 02 MESES E EM 2º TEMPO PRESCRITO ROBÔ FOOT, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



DESA
COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ARACAJU

OUTUBRO ROSA - Todas as faturas neste e o mês de maio

SEDE: Rua Carpe de Brás, 211, 13 de Abril, Aracaju-SE, 49020-040
CNPJ: 18.016.876/0001-00 - INSC. EST. 17.041.755-2

FATURA MENSAL *

*** ANEXO AVISO DE CORTE ***

Matrícula

441129.3

Nome do Cliente		CPF																																					
NEIDE SACRAMENTO SANTOS		***.***.***																																					
Endereço																																							
RUA JEILSON DOS SANTOS, 309, A, ARACAJU, 49066-220																																							
Código de Acesso	Data de Emissão	Medição	Classificação - Consumo																																				
087011/00367	08/10/2019	A17C038187	RES: 1																																				
<table border="0"> <tr> <td>Leit. Anterior</td> <td>226</td> <td colspan="2">HISTÓRICO DE CONSUMO</td> </tr> <tr> <td>Leit. Atual</td> <td>228</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Consumo Faturado (m3)</td> <td>10</td> <td>REF.</td> <td>(m3)</td> </tr> <tr> <td>Média de consumo (m3)</td> <td>14</td> <td>09/19</td> <td>00016</td> </tr> <tr> <td>Ocorrência da Leitura</td> <td></td> <td>08/19</td> <td>00013</td> </tr> <tr> <td>Data da Leit. Anterior</td> <td>05/09/19</td> <td>07/19</td> <td>00014</td> </tr> <tr> <td>Dias de Consumo</td> <td>32</td> <td>06/19</td> <td>00013</td> </tr> <tr> <td>Média diária (m3)</td> <td>0,43</td> <td>05/19</td> <td>00016</td> </tr> <tr> <td>Previsão para Próx. Leit.</td> <td>07/11/19</td> <td>04/19</td> <td>00014</td> </tr> </table>				Leit. Anterior	226	HISTÓRICO DE CONSUMO		Leit. Atual	228			Consumo Faturado (m3)	10	REF.	(m3)	Média de consumo (m3)	14	09/19	00016	Ocorrência da Leitura		08/19	00013	Data da Leit. Anterior	05/09/19	07/19	00014	Dias de Consumo	32	06/19	00013	Média diária (m3)	0,43	05/19	00016	Previsão para Próx. Leit.	07/11/19	04/19	00014
Leit. Anterior	226	HISTÓRICO DE CONSUMO																																					
Leit. Atual	228																																						
Consumo Faturado (m3)	10	REF.	(m3)																																				
Média de consumo (m3)	14	09/19	00016																																				
Ocorrência da Leitura		08/19	00013																																				
Data da Leit. Anterior	05/09/19	07/19	00014																																				
Dias de Consumo	32	06/19	00013																																				
Média diária (m3)	0,43	05/19	00016																																				
Previsão para Próx. Leit.	07/11/19	04/19	00014																																				
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES <div style="text-align: right;"> PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$) COFINS: 3,07 PASEP: 0,67 </div>																																							

Serviços		Valor					
AGUA		37,74					
ESGOTO		0,00					
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101 09/2019	1,79					
091 JUROS DE MORA	0101 07/2019	0,68					
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0101 07/2019	0,13					
<table border="1"> <tr> <td>Mês Referência:</td> <td>MENSAL & PREVISÃO</td> </tr> <tr> <td>10/2019</td> <td>VENCIMENTO: 16/10/2019 40,34</td> </tr> </table>				Mês Referência:	MENSAL & PREVISÃO	10/2019	VENCIMENTO: 16/10/2019 40,34
Mês Referência:	MENSAL & PREVISÃO						
10/2019	VENCIMENTO: 16/10/2019 40,34						
OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR À VOCE MESMA, PREVINA-SE DO CANCER DE MAMA!							
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.							
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.desa-se.com.br/agenclavirtual							
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)							
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fúor	Coliformes Totais	Anticorpo Oro	
1º Mínimo de Amostragem Exigida	244	68	244		244		
Nº de Amostras Analisadas	368	368	368		368	368	
1º Mínimo de Amostragem em Conformidade com Norma 6043/01	308	314	363		368	368	

NOME DO PACIENTE: Aparecido Ferreira dos Santos
DATA DA ENTRADA: 17/09/2018
DATA DA SAÍDA: 27/09/2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (X) ENFERMARIA (X) UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motociclístico, deu entrada no HUSF trazido pelo SAMU sob protocolo. Apresentava fratura exposta da tíbia e fíbula a direita. Realizado tratamento cirúrgico em 17/09/2018.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Reduções cirúrgica e fixação externa da tíbia direita.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografias
Exames laboratoriais
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr Renato Teixeira - CRM 1450
Dr Saulo Bellis - CRM 4734
Dr Jorge Luiz Santana - CRM 3205
Dr Sérgio Cavalcanti - CRM 1822

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

ARACAJU, 29 de outubro de 2018



Selma T. da C.S. Montalvão
Médica
CRM 1532

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1784270
CNS:DATA: 17/09/2018 HORA: 19:55 USUARIO: CSSOUZA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS
IDADE.....: 41 ANOS NASC: 01/09/1977
ENDERECO.....: RUA J DOS SANTOS
COMPLEMENTO.....: BAIRRO: INDUSTRIAL
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE
NOME PAI/MAE...: JOSE FERREIRA DOS SANTOS / MARIA IZABEL ALVES DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU/CUNHADA/APARECIDA
PROCEDENCIA...: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC....:
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 309CEP....:
TEL....: 79-9983132
12

TRAUMA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente trazido pelo SAMU, em prontuário, refere acidente de moto no cerco de 30 minutos (colisão frontal com uma van), refere dor em MID e perda de movimento do seu membro superior esquerdo. Equipe do SAMU afirma ter encontrado fratura em tíbia e fíbula. Já se encontra em fisioterapia e recebeu Dipirona 500.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ao exame: A- VAS nervos e artérias de dor à mobilização; B- dor expulsa; C- pulso cheiro; D- ECG 12, pulso brachial e faturamento; E- dor e artérias de movimento de MID. Paciente orientado.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORA DA MEDICACAO

Ortopedia Trauma em região do punho esquerdo
há aprox 2 horas apresentando dor e inchaço
1 ponto de dor mais forte
A; h; cdi Kefon 2G 4 / 500 / Encaminhado p/ TO cirurgico

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):HORA DA SAIDA: []
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] INAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

① Radiografias do punho direito AP e perfil

Dr. Jorge Luiz Santana
Coloproctologista
CRM - 3205

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Fundaç
Hospita
da Saú

FICHA DE ATENDIMENTO

Dr. Jorge Luiz Santana
Coloproctologista
CRM - 3205

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

FLUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO

LARANJA

AMARELO

VERDE

AZUL

MUITO URGENTE

URGENTE

POUCO URGENTE

NÃO URGENTE

0 MIN

10 MIN

60 MIN

120 MIN

240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

ENF.:

COREN:

às ____h ____min.

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

COLOCADA PULSEIRA? (S/N)

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 177311
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 1/09/1977 Idade: 41 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE FERREIRA DOS SANTOS
Nome da Mae.....: MARIA IZABEL ALVES DOS SANTOS
Endereco.....: RUA J DOS SANTOS 309
Bairro.....: INDUSTRIAL Cep.: 00000-000
Telefone.....: 79-998313212
Município.....: 2800308 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Estado.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Tipo de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1784270
Clínica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Bairro.....: 999.0536
Data da Internacao: 17/09/2018
Hora da Internacao: 21:23
Medico Solicitante: 388.866.345-87 - ORLANDO FERREIRA ALVES
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: BMGSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:
Dt. Hr. Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
Méd. Principal:
Méd. Secundario:
Principal:
Secundario:
Outros:

20/09/2017



SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS



DATA: 27 / 09 / 2018.

11º DIH

NOME: **Aparecido Ferreira dos Santos 41anos -- B 3.2**

DIAGNÓSTICO (S): **Fratura Exposta Tibia D**

EVOLUÇÃO MÉDICA: _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	
4º. Gentamicina 240mg + SF 0,9% 200 ml EV 1x dia SUSP	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO 12/12hs / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
16º	
17º	
18º	
19º	

Médico

Nome do Paciente: PAULETA FERREIRA DA SILVA

Página n

Idade: 41

Sexo: F

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

17.09.2018 Mostrando sinais de choque hipovolêmico, com perfusão
+ fraca, exsultado com RR 20 cpm, FC 120 cpm, PA 90/60 mmHg
Riquelme (pressão arterial) 120/80 mmHg, 120/80 mmHg
Condição de internamento, 120/80 mmHg, 120/80 mmHg
P/S-R-P-A

Teixeira CRM 1460
Traumatologia

18/09/2018 Sessão Social

Paciente no leito acordado, tranquilo
foi recebido admitido na UPE, com
estado mental com os familiares,
que ficou de mandar a unidade
apresentada para acompanhá-lo

Ricardo de Souza Lima
Assistente Social
GRESS 1603

19/09 Recebeu a visita da UPE, apresentando sinais de
choque hipovolêmico, com RR 20 cpm, FC 120 cpm, PA 90/60 mmHg
Riquelme (pressão arterial) 120/80 mmHg, 120/80 mmHg
Condição de internamento, 120/80 mmHg, 120/80 mmHg
P/S-R-P-A

21/09/18 Sessão Social
Paciente em leito acordado, tranquilo
foi recebido admitido na UPE, com
estado mental com os familiares,
que ficou de mandar a unidade
apresentada para acompanhá-lo

24/09/18 ENF:
Paciente acordado, consciente, orientado, eufórico, 120/80 mmHg
Aguardando liberação do quarto

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página: n

Data	Hora	Histórico
20/07/2011	00:30h	Paciente acordado, orientado, em leito de repouso.
18		A/C, sem queixas clínicas, de acordo com
		relato da mãe. Temperatura axilar, após
		compressão (T° 37,5°C). T° retal, 38,0°C.
		HID. Segui observação de temperatura. Não
		há
		alteração de
		condição, a ser
		observada.

Nome do Paciente:

Spanische Feuers des Saute

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

UPC

Leito:

Nº do Prontuário:

19/09	08:00	Trabalho no LEB, com o consórcio, realizando um ato de solenidade + fixação de RTO trabalho no LEB + entrega do LEB. Per. pendente
	10:00	Realizado exame + adm. médica de LEB. —

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ANGELO DE CARVALHO DOS SANTOS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita

CIRURGIA REALIZADA: Reparo cirúrgico e fixação externa do tendão do

CIRURGIÃO: Dr. Renato Figueira

AUXILIARES: IMR: JERRY AGUIAR

ANESTESIA: Rápidamente ANESTESISTA Dr. A. A. F. F. F.

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

(X) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP.

() PULMONAR

() URINÁRIA

() SNC

() TGI

() CUTÂNEO

() AP. CARDIO-VASCULAR

() PLEURA

() OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. (1) Anestesia geral: Sítio de incisão na perna direita.

2.

3. (2) Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita.

4.

5. (3) Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita + lacerado do tendão do

6. OSO DISTAL

7. (4) Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita + lacerado do

tendão do

(5) Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita

(6) Ferimento aberto e lacerado na região da perna direita

DATA: 17/07/18

Form. Tabela CRM 1450
Cirurgia - Traumatologia
M. S.

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Aparecida Ferreira dos Santos				PRONTUÁRIO	177311																																																						
RECEBIDO NA S.O. POR	Téc. Anest. + In. Rente				DATA	17/09/18	SALA	08																																																				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	AGITADO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO	<input type="checkbox"/>																																																				
CIRCULANTE	Téc. Anest. + In. Rente				PROCEDÊNCIA	PS - V.T																																																						
ENTRADA S.O.	21:50	h	INÍCIO DA ANESTESIA	22:13	h	INÍCIO DA CIRURGIA	22:40	h																																																				
SAÍDA DA S.O.		h	FIM DA ANESTESIA		h	FIM DA CIRURGIA	23:30	h																																																				
CIRURGIÃO	Dr. Renato				1º AUXILIAR	-																																																						
ANESTESISTA	Dr. Ana Patrícia				2º AUXILIAR	-																																																						
INSTRUMENTADOR	Jenny				LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA <input checked="" type="checkbox"/> NA																																																						
CIRURGIA PROPOSTA																																																												
CIRURGIA REALIZADA	Tto cirúrgico de Frat. de Exp. da																																																											
TÉCNICA ANESTÉSICA																																																												
<table border="1"> <tr> <td>GERAL VENOSA</td> <td>GERAL INALATÓRIA</td> <td>GERAL COMBINADA</td> <td>GERAL BALANCEADA</td> <td>RAQUIANESTESIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> </table>									GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																										
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>																																																								
<table border="1"> <tr> <td>PERIDURAL C/ CATETER</td> <td>PERIDURAL S/ CATETER</td> <td>SEDAÇÃO</td> <td>BLOQUEIO DO PLEXO</td> <td>LOCAL</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<table border="1"> <tr> <td>TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL</td> <td>Nº:</td> <td>TUBO ARAMADO</td> <td>Nº:</td> <td>MÁSCARA LARINGEA</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>									TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA																																															
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA																																																								
ASSEPSIA																																																												
<table border="1"> <tr> <td>PVPI TÓPICO</td> <td>PVPI ALCOÓLICO</td> <td>PVPI DERGEMANTE</td> <td>CLOREXID. ALCOÓLICA</td> <td>CLOREXID. DEGERMANTE</td> <td>CLOREXID. AQUOSA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA																																																							
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS																																																												
<table border="1"> <tr> <td>BOMBA DE INFUSÃO</td> <td>DESFIBRILADOR</td> <td>MONITOR CEREBRAL (BIS)</td> <td>INTENSIFICADOR DE IMAGEM</td> <td>MANTA TÉRMICA</td> <td>MICROSCÓPIO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																								
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO																																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
<table border="1"> <tr> <td>FIBROSCÓPIO</td> <td>MONITOR CARDÍACO</td> <td>PA (NÃO INVASIVA)</td> <td>PA (INVASIVA)</td> <td>OXÍMETRO</td> <td>CAPNÓGRAFO</td> <td>PIC</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO	PIC	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO	PIC																																																						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
<table border="1"> <tr> <td>FOCO AUXILIAR</td> <td>FONTE DE LUZ</td> <td>VIDEOLAPAROSCÓPIO</td> <td>BRONCOSCÓPIO</td> <td>OUTROS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS																																																												
<table border="1"> <tr> <td>CABEÇA</td> <td>MSD</td> <td>MSE</td> <td>MIE</td> <td>MID</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																										
CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
BISTURI ELÉTRICO																																																												
<table border="1"> <tr> <td>BIPOLAR</td> <td>MONOPOLAR</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									BIPOLAR	MONOPOLAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																
BIPOLAR	MONOPOLAR																																																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																											
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">PLACA BISTURI</td> <td colspan="2">COMPRESSAS</td> </tr> <tr> <td colspan="4" rowspan="2"> </td> <td colspan="2">GRANDES</td> </tr> <tr> <td>ENTREGUE</td> <td>DEVOLVIDA</td> </tr> <tr> <td colspan="4">LOCAL</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">ELETRODOS</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">INCISÃO CIRÚRGICA</td> <td colspan="2">PEQUENAS</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td>AVP</td> <td>AVC</td> <td>E</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> </td> <td colspan="2">ENTREGUE</td> </tr> <tr> <td colspan="4">AVP - (D)</td> <td colspan="2">DEVOLVIDA</td> </tr> </table>									PLACA BISTURI				COMPRESSAS						GRANDES		ENTREGUE	DEVOLVIDA	LOCAL						ELETRODOS						INCISÃO CIRÚRGICA				PEQUENAS		<table border="1"> <tr> <td>AVP</td> <td>AVC</td> <td>E</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				AVP	AVC	E	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENTREGUE		AVP - (D)				DEVOLVIDA	
PLACA BISTURI				COMPRESSAS																																																								
				GRANDES																																																								
				ENTREGUE	DEVOLVIDA																																																							
LOCAL																																																												
ELETRODOS																																																												
INCISÃO CIRÚRGICA				PEQUENAS																																																								
<table border="1"> <tr> <td>AVP</td> <td>AVC</td> <td>E</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				AVP	AVC	E	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENTREGUE																																																
AVP	AVC	E	E																																																									
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																									
AVP - (D)				DEVOLVIDA																																																								
GASOMETRIA: SIM () NÃO <input checked="" type="checkbox"/>																																																												
POSICÃO DO PACIENTE																																																												
<table border="1"> <tr> <td>DORSAL</td> <td>VENTRAL</td> <td>LAT. ESQ</td> <td>LAT. DIR</td> <td>CANIVETE</td> <td>TRENDELEMBURG</td> <td>LITOTOMIA</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>									DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																						
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA																																																						
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						

SINAIS VITAIS 23.90		
FC (BPM)		
SpO2 (%)	100 %	76
EPCO2 (mmHg)		79
PA (mmHg)		
PAI (mmHg)		100 x 69
FR (RPM)		
TEMP (°C)		

REGISTRO

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/FASE (2014/ 01 E 02) ORIENTADO
PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÔBO E SILVIA SANDES

Atendimento 345322
Nome APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS
Profissão
RG 30385776
CPF 015.299.685-00
Solicitante: Antonio Franco Cabral

Data 19/11/2018
Hora 10:20
Escol.
Idade 41 ano(s) 2 mes(es) e 20 dia(s) Data
Nasc. 01/09/1977
End. RUA GEILSON DOS SANTOS
Convênio Particular

EXAME:

RAIO-X DA PERNA DIREITA - 2P

Data Coleta: 19/11/2018 10:20

LAUDO:

Osteossíntese metálica com fixador externo na tíbia.

Fratura cominutiva na diáfise tibial.

Fratura transversa completa na diáfise fibular com certa anteriorização do fragmento distal.


Dr(a) MARCELO PORTO MENDONÇA
CRM-2733



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro *BOLIMU A ORODARIC N= 025380/2018*

Nome do paciente: *Aparecido Ferreira dos Santos* Data de nascimento: *01/09/1977*

Data do início do tratamento / Acidente *17/09/2018*

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

*Previa vítima de Colisão Motor x Carro, com Pedestres. Colisão
mostrada, com o carro do tipo. Ruben e Francisco no
frente do carro, supri foi encalhado para o lado. Ouse
Ruben e Francisco no lado do carro, supri foi encalhado
para o lado. Ouse Ruben e Francisco se desferiu o carro. Foi com
Rasatura, a parte do carro e o acidente de trânsito (apoiado no
lado do carro).*

2 - Data / Tratamento Realizado:

17/09/2018 / 27/09/2018

*Previa no trânsito. Ruben e Francisco de acidente de trânsito
Classe de trânsito de trânsito. C175822. Supri 1072000
para trânsito. Ruben e Francisco, Ruben e Francisco
Atto 1072000. Supri 27/09/2018.*

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

17/09/2018

RX do braço do paciente III. Ruben e Francisco

26/12/2018

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

RT

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

17/09/2019 1^a Atendimento no Consultório Dr. Renato
e tratamento no HUP

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Perda total Segue Permanente de Função de M.I.
- Perda total Segue Permanente de Função de M.I.
- Perda total Atrofia Muscular, por Despreensão de Rota e Manobra Chaveiro de M.I.
- Perda total Pós-Operatório de Rota de M.I.
- Perda total Segue Permanente de Função de M.I. + Perda total de Função de M.I.

6 - Alta definitiva do tratamento: 1 12/2019.

7 - Data do Exame do Paciente 1 20/12/2019

8 - Segue Exame Anexo

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju
				Estado	Sergipe

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

26/12/2019

Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia
Assinatura e Carimbo

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.038.577-6

2.VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

02/03/2011

NOME

APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSE FERREIRA DOS SANTOS

MARIA IZABEL ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE

NOSSA SRA. DAS DORES-SE

DATA DE NASCIMENTO

01/09/1977

DOIS ORIGEM

CT. NASCIMENTO NR 1990 LV A/64 FL 15

CART.DIST.COM.NOSSA SRA. DAS DORES/SE

015.299.685-00



TECN 2.1% DE 000000

INTELE 00 000000 000000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS NERES"



Aparecido Ferreira dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.299.685-00 4 - Nome completo da vítima: Aparecido Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Aparecido Ferreira dos Santos 6 - CPF: 015.299.685-00
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua Jelson dos Santos 9 - Número: 309 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49066-030
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (79)998885963

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 00072388 6
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (não nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital de quem assina o pedido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030314 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DIÁFISE INTERMÉDIA A DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO OBSERVAMOS MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+/+5), PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR DA PERNA E JOELHO, OUTRAS NUMULARES NA FACE ANTERIOR DA PERNA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, E LIMITAÇÃO MODERADA DE TORNOZELO; TÍBIA E FÍBULA COM DESVIO IMPORTANTE NO SENTIDO ANTERIOR (ARQUEADA),
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 25° / EXTENSÃO 15°

Resultados terapêuticos: PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 17/09/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 27/09/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO PARA REDUÇÃO DOS DANOS POR 01 ANO E 02 MESES E EM 2º TEMPO PRESCRITO ROBÔ FOOT, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200030314 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA À DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA TÍBIA(OSTEOSSÍNTESE) P11 ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @15 16 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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-0025772/20

Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF: 015.299.685-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS : 015.299.685-00

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: 17/01/2020
Nome: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS
CPF: 015.299.685-00

APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO
CPF: 842.887.445-04

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO

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: **3200030314**

Nome do(a) Examinado(a): **APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Jeilson dos Santos, 309 - Aracaju - SE - CEP 49066-030

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **3.308.577-6**

Data e local do acidente: [**17/09/2018**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**29/01/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E FÍBULA DIÁFISE INTERMÉDIA A DIREITA

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

AO EXAME FÍSICO OBSERVAMOS MARCHA CLAUDICANTE (+++/4+), COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (+/+5), PRESENÇA DE CICATRIZES CIRÚRGICAS NA FACE ANTERIOR DA PERNA E JOELHO, OUTRAS NUMULARES NA FACE ANTERIOR DA PERNA, TUMORAÇÃO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA TÍBIA, HIPOTROFIA MUSCULAR MODERADA DA PANTURRILHA, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, E LIMITAÇÃO MODERADA DE TORNOZELO; TÍBIA E FÍBULA COM DESVIO IMPORTANTE NO SENTIDO ANTERIOR (ARQUEADA),. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110° AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 25° / EXTENSÃO 15°

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.

PERICIA DO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 17/09/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 27/09/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO PARA REDUÇÃO DOS DANOS POR 01 ANO E 02 MESES E EM 2º TEMPO PRESCRITO ROBÔ FOOT, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. 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 membro inferior direito

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

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):

Membro inferior direito

% 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.



NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior
CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030314

Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030314

Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030314

Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200030314

Vítima: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000002186

Conta: 000000072388-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.299.685-00 4 - Nome completo da vítima: Aparecido Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Aparecido Ferreira dos Santos 6 - CPF: 015.299.685-00
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua Jefferson dos Santos 9 - Número: 309 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49066-030
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (79) 998385963

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2186 CONTA: 00072388 6
(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.

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não necessário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025380/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/11/2018 08:43 Data/Hora Fim: 16/11/2018 09:00
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito
Data/Hora do Fato: 17/09/2018 18:28

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Av Rio Branco

Tipo do Local: Via Pública



Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA CICERA FERREIRA DOS SANTOS (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Feminino Nasc: 26/10/1980
Profissão: Técnico em Enfermagem
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Maria Izabel Alves dos Santos Nome do Pai: Jose Ferreira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 832.496.805-91

Endereço

Município: São Cristóvão - SE
Logradouro: Zona Rural
Bairro: Povoado Arame I
Telefone: (79) 99830-3166 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Nossa Senhora Sexo: Masculino Nasc: 01/09/1977
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria Izabel Alves dos Santos Nome do Pai: Jose Ferreira dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 015.299.685-00

Endereço



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Data de Impressão: 16/11/2018 09:00
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 025380/2018

Município: Aracaju - SE
Logradouro: R Jeilson dos Santos
Bairro: Industrial
Telefone: (79) 99832-3212 (Celular)

Nº: 93

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa QKT9634	Número do Chassi LXYXCBL08B0258773
Ano/Modelo Fabricação 2011/2010	Cor Preta
UF Veículo Sergipe	Município Veículo São Cristóvão
Marca/Modelo I/SHINERAY XY50Q PHOENIX	Modelo I/SHINERAY XY50Q PHOENIX
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Aparecido Ferreira dos Santos	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata que seu irmão, Aparecido Ferreira dos Santos, conduzia a motocicleta de propriedade de Diego Moraes de Rezende, pela avenida Rio Branco, sentido Norte, quando foi fechado por um carro, não sabendo informar a placa, tendo colidido a moto contra a traseira do veículo; QUE a condutora do carro se evadiu do local; QUE seu irmão foi atendido pelo SAMU e encaminhado para o HUSE, onde foi constatada fratura a perna direita; QUE ele não deseja processar criminalmente a condutora do carro.

ASSINATURAS

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Responsável pelo Atendimento

Maria Cicera Ferreira dos Santos
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 015.299.685-00 4 - Nome completo da vítima: Aparecido Ferreira dos Santos

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

5 - Nome completo: Aparecido Ferreira dos Santos 6 - CPF: 015.299.685-00
7 - Profissão: Sem profissão 8 - Endereço: Rua Jefferson dos Santos 9 - Número: 309 10 - Complemento:
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49066-030
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (79)998385963

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2186 CONTA: 00072388 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não necessário

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Aracaju, 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)