

# 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: 00000072388-6

---

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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



SEDE: Rua Corpus de Bahn, 211, 13º Andar, Aracaju-SE, 49066-220  
CNPJ: 15.016.114/0014-90 - PIS/PASEP: 27.041.276-2

OUTUBRO ROSA - Todos os bens contêm o selo do mês

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					
Identificação do Consumidor	Data de Leitura	Identificação	Classificação / Economia		
087011/00367	08/10/2019	A17C038187	RES: 1		
<b>HISTÓRICO DE CONSUMO</b> Leit. Anterior 226 Leit. Atual 228 Consumo Faturado (m <sup>3</sup> ) 10 Média de consumo (m <sup>3</sup> ) 14 Ocorrência da Leitura 09/19 Data da Leit. Anterior 05/09/19 Dias de Consumo 32 Média diária (m <sup>3</sup> ) 0,43 Previsão para Próx. Leit. 07/11/19 <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> REF. (m <sup>3</sup> ) 09/19 00016 08/19 00013 07/19 00014 06/19 00013 05/19 00016 04/19 00014 <b>PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)</b> COFINS: 3,07 PASEP: 0,67					

Serviços	Valor
ÁGUA	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 MONETÁRIA	0101 07/2019 0,13

Mês Referência:	VENCIMENTO:	VALOR A PAGAR R\$
10/2019	16/10/2019	40,34

OUTUBRO ROSA: DECLARE SEU AMOR A VOCÊ MESMOS. PREVINA-SE DO CÂNCER 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: 4020-0196  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agenciamvirtual](http://www.deso-se.com.br/agenciamvirtual)

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º Inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flúor	Coliformes Totais	Entrevista-Oral
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	244	68	244		244	
Nº de Amostras Analisadas	368	368	368		368	
Nº Mínimo de Amostras em Cumprimento com Requerimento	308	314	363		368	

Print Autônomo no Web.



## RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Aparecido Ferreira dos Santos  
DATA DA ENTRADA: 11/09/2018  
DATA DA SAÍDA: 11/09/2018

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 motocicístico, deu entrada no HU SE trazido pelo Samu sob protocolo. Apresentava fratura exposta da tíbia e fíbula a direita. Realizado tratamento cirúrgico em 17/09/2018.

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:** Reduziu cirúrgica e fixagão externa da tíbia direita.

#### EXAMES COMPLEMENTARES:

James complementare  
Radio e radio-as

## Exams Laboratorians

~~EEG~~

## MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Renato Teixeira - CRM 1450

Dr. Saúl Belis. CRM 4734

Dr Jorge Luis Santana - CRM 3205

Dr. J. S. P. Corvalcanti - CRM 1822

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

ARACAJU, 29 de outubro de 2018

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



HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

Cond. on. do ortop.

Alto da ave. Jerônimo

Dr. Jorge Luiz Santana  
Coloproctologista  
CRM - 3205



## FICHA DE ATENDIMENTO

### 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
0 MIN	MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE
OBSERVAÇÃO:	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

ENF.:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: / /

HORA: : h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

ENF.:

COREN:

DISCRIMINADOR  
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

Seq. Definitivo....: 177311  
Numero do CNS....: 0000000000000000  
Nome.....: APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS  
Documento.....: Tipo :  
Data de Nascimento: 1/09/1977 Idade: 41 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Suspensavel.....: 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  
Municipio.....: 2800308 - - SE  
Especialidade.....: BRASILEIRO  
Especialidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

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

INFORMACOES DE SAIDA

Obs. Realizado:  
Dt.Hr saida:  
Especialidade:  
Tipo da Saida:  
DT Principal:  
DT Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Obs:

2018092018

**SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PREScrições DIÁRIAS**

**DATA: 27 / 09 / 2018.**

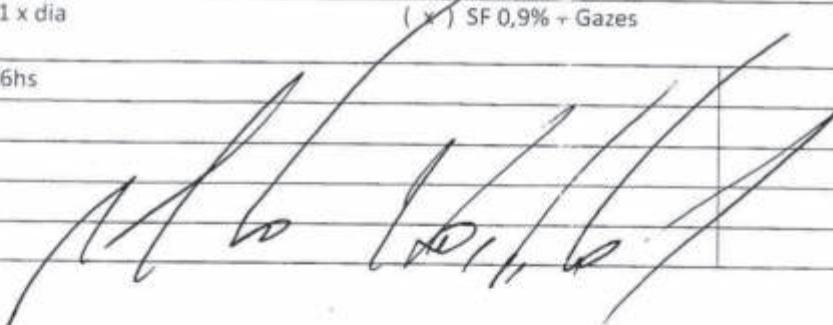
**11º DIH**

**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. Nauseidon 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
15º Curativos Diários 1 x dia	> ou = 401: 10UI  <i>( x ) SF 0,9% + Gazes</i>
16º SSVV 6/6hs	
16º	
17º	
18º	
19º	



**Médico**

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

Nome do Paciente:

ALFREIDA FERREIRA DE SOUZA

Página n

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

Idade: 41a

Sexo: F

DATA: 20/09/2018

ESTORC

17/09/2018 Paciente viu a 40 de Câncer de mama, com metástase  
tumoral existente com Ribeiro, foi operado de  
câncer de mama com extirpação de tumor, a AN  
conseguiu sua imunoterapia, que está em desenvolvimento.  
P/5-R. P. A

Carteira CRM 1450  
Tramadol 100mg

18/09/2018

Serviço Social

Paciente no leito acordado trouxe  
o medicamento na UPE, com  
fato muito com os familiares,  
que ficou de mandar a enfermeira  
para acompanhá-lo.

Ricardo de Souza Lima  
Assistente Social  
GRESS 1603

19/09

Pcte. afundado da UPE, consciente, orientado, expresso  
17:50 humor, desempenhando suas atividades (M.D + A.D) plena  
autonomia, orientado, desempenhando suas atividades  
em desenvolvimento - Exibindo humor, humor, humor.

20/09/18

> Serviço Social

9h15

Paciente desempenhando suas atividades

24/09/18

ENF:

Pcte estabilizado, consciente, orientado, expresso, verbal  
Aguarda liberação de queijo

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página-n

Nome do Paciente:

*José da Cunha Ferreira da Silva*

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

*UPC*

Leito:

Nº do Prontuário:

19/09 08:00 *Pac. no seu colo, cometa, realizando*  
*um ato de poligamia + ejaculador uretral*  
*valo no seu + elétrica de seu. Foi feito*  
10:00 *realizado exame + adiu. medicinas de seu*

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

Página

**HUSE****BOLETIM DE ANESTESIA**

Fundação Hospitalar de Saúde

PACIENTE:

Aparecido Fermino dos Santos (41 anos)

REGISTRO:

177311

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

TTS uníngulo fúrcula tibial D

CIRURGIA REALIZADA

DATA

17/09/18

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Antônio Potuzio

TÉCNICA ANESTÉSICA

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

CIRURGÃO

Dr Renato

AUXILIAR

ASA IE

HORA DE INÍCIO

22h15

HORA DE TERMINO

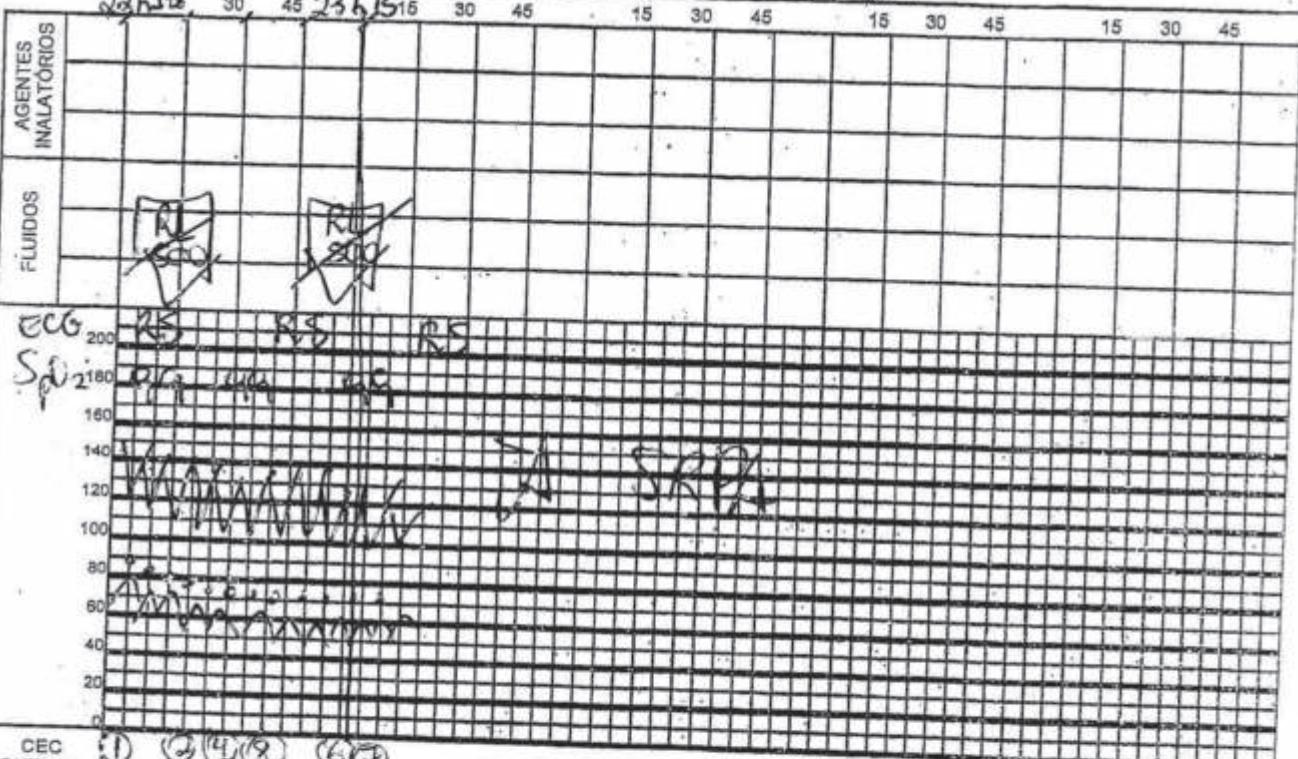
22h15

ACESSO VENOSO

AVP 20G MSD

POSIÇÃO

DDH

CEC  
OUTROS

MONITORIZAÇÃO	MONITORIZAÇÃO		INDICAÇÃO ALTA PARA CRPA
	PA NAO INVASIVA	PA INVASIVA	
	X	PVC	
		TEMPERATURA	
ELETROCARDIOGRAFIA	X	DIURESE	
OXIMETRIA	X	VENTILAÇÃO	
CAPNOGRAFIA	X	PAM	

## AGENCIAS ANESTÉSICAS

- (1) Midazolam 2mg
- (2) Bupivacaina 0,5% hiper 15mg
- (3) Metocarbamol 800mg
- (4) Cetorolac 20mg
- (5) Dexomedetomidina 10mg
- (6) Dexametasona 20
- (7) Cetamina 200 8mg
- (8) Ronitidina 50mg

NAME: 41038111123

1. Dose as: horas

2. Dose as: horas

3. Dose as: horas

Dra. Ana Marisa S. C. Oliveira

Anestesiologista

APAS nego com midolax, uso de medicamento alergico, pcrna = 10hs p/ 1000 deles

-ECG PA-NI SpO2

- Venetcurar Nitrog. MSD 20G

- Pct revestido, avançando 2 mm

ribas curvadas 13-14 mm diâmetro inicia

c1 oculho curvado 27G fcr (c1 c1c, (2)+(3))

- Intub. endotrófico off set metade de 1000

- A SAD - alto cr. hálito 40.

ENFERMAGEM PARA

SLE

UNIDADE

SAD



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**  
**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**

PACIENTE: AMARAL FERREIRA 23 ANOS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura exp. clavícula direita 1/3

CIRURGIA REALIZADA: Op. clavícula (fixação com fios de titânio)

CIRURGIÃO: M. Reatto

AUXILIARES: MTS. J. Henrique

ANESTESIA: Ralgan ANESTESISTA Dr. Fábio Ribeiro

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

- ( ) CIRURGIA LIMPA ( ) 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

**DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

1. (1) Desbridamento: cicatrizes da ferida.
- 2.
3. (2) Fez a exp. clavícula a 100%
- 4.
5. (3) Faz a desbridamento + retira os fragmentos de
6. OSB. Ossos ósseos
7. (4) Fez a reseção da articulação tibial e  
7.1. tib. 0
8. (5) Faz a fixação com fios de titânio
9. (6) Coloca o osso/colapso

DATA: 17/01/2018

*CRM 1450*  
*Cirurgia - Traumatologia*  
*101-5*

Assinatura do Cirurgião

# Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Aparecida Ferreira dos Santos		PRONTUÁRIO	177311
RECEBIDO NA S.O. POR	Téc. Cecília + Enfermagem		DATA	17/09/18
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO <input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO <input type="checkbox"/>	AGITADO <input type="checkbox"/>	COMATOSO <input type="checkbox"/>
CIRCULANTE	Téc. Cecília		PROCEDÊNCIA	15 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	<input type="checkbox"/>
ANESTESISTA	Enfermagem Ana Patrícia		2º AUXILIAR	<input type="checkbox"/>
INSTRUMENTADOR	Jéssy		LATERALIDADE	( ) DIREITA ( ) ESQUERDA <input checked="" type="checkbox"/> NA
CIRURGIA PROPOSTA	Teto cirúrgico da Fist. <del>do</del> exp. da			
CIRURGIA REALIZADA	Teto cirúrgico da Fist. <del>do</del> exp. da			

## TÉCNICA ANESTÉSICA

	GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
	PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
	TUBO ENDOTRAQUEAL ( ) ORAL ( ) NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEIA

## ASSEPSIA

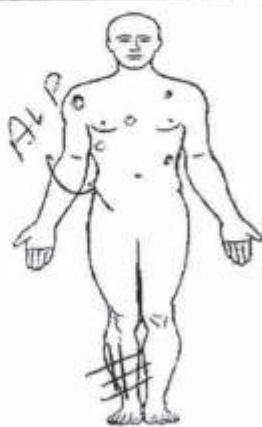
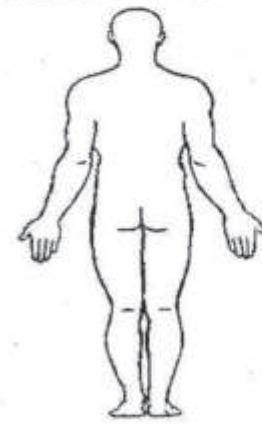
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

## EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO		OUTROS

## COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----------

 	PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
			GRANDES	
LOCAL	ENTREGUE		DEVOLVIDA	
•	AVP <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		AVC <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
‡	INCISÃO CIRÚRGICA		ENTREGUE	
X	AVP <input checked="" type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E		AVC <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E	
	AVP - <input checked="" type="checkbox"/>			
GASOMETRIA: SIM ( ) NÃO <input checked="" type="checkbox"/>				

## POSIÇÃO DO PACIENTE

DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ.	LAT. DIR.	CANIVETE	TRENDELEMBURG	LITOTOMIA
--------	---------	-----------	-----------	----------	---------------	-----------

## SONDAS – DRENOS – CÂNLULAS

## ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ENCAMINADO PARA: *JKJH*



Clínica  
do  
Coração

---

Atendimento	345322	Data	19/11/2018
Nome	APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS	Hora	10:20
Profissão		Escol.	
RG	30385776	Idade	41 ano(s) 2 mes(es) e 20 dia(s) Data
CPF	015.299.685-00	End.	<b>Nasc.</b> 01/09/1977
Solicitante:	Antonio Franco Cabral	Convênio	RUA GEILSON DOS SANTOS Particular

---

**EXAME:**

**RAIO-X DA Perna Direita - 2P**

Data Coleta: 19/11/2018 10:20

**LAUDO:**

Osteossíntese metálica com fixador externo na tibia.

Fratura cominutiva na diáfise tibial.

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

---

Dr(a). MARCELO PORTO MENDONCA  
CRM-2733





## RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro **BOLETIM DE Ocorrência N° 025380/2018**

Nome do paciente: **APARECIDA FERREIRA DOS SANTOS** Data de nascimento: **01/09/1977**

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

### 1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Presença vitimada Careni Moro x Gato, p/ma Plântomo, contumaz  
mestral, esquerda Rho Osp. Rua 20 de Novembro no  
fim do mesmo, apesar da encosta p/ma o lado. Ora  
Rua que passava no local do mesmo, apesar da encosta  
p/ma o lado, onde Rua que passava se encontra com a Rua  
Pereira, a Rua P. Pereira é ligada a Rua Osp. a Rua  
Laranjeiras p/ma o lado direito.

### 2 - Data / Tratamento Realizado:

**17/09/2018 / 27/09/2018**

Presença no hospital Renato Teixeira devido a lesão direita  
afixada dia 27/09/2018 de 16h. N.º: 0175822. Apesar de ter  
uma fratura incompleta, não se, lesionou o tendão  
alto rotator. Foi 27/09/2018.

### 3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

**17/09/2018**

**RX da Perna direita com fratura III fíbula a fratura**

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia - Traumatologia

**26/12/2019**

**Data**

**RT**

**Assinatura e Carimbo**

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

17/09/2019 1º Atendimento no Consultório  
de Ortopedia no HSC

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

- Perda da mobilidade da articulação do joelho
- Perda da sensibilidade dolorosa da articulação do joelho
- Perda da tração muscular, mobilidade e extensão do joelho e mimalo causando dor M10
- Perda da flexão muscular e extensão da articulação do joelho
- Perda da sequela permanente da luxação + permanente dor M10

6 - Alta definitiva do tratamento:

1 12/2019.

7 - Data do Exame do Paciente

1 20/09/2019

8 - Segue Exame Anexo

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

*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.Часть

#### DATA SOURCES

02/03/2011

14048

## APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

三明市志

JOSE FERREIRA DOS SANTOS

MARIA IZABEL ALVES DOS SANTOS

#### 参考文献

NOSSA SPA, DAS DORES-SE

DATA: the *substitution*

01/09/1977

FACTS OF LIFE

CT. NASCIMENTO NR 1990 LV AV/01 D 15

CART - DIST - DMW - MESA 884 - RMS - DATES/RE

015-299-685-00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

#### ANSWER SECTION



## Aprendendo Ferrivira de cantes

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

第10章 项目管理

# 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 Jeilson dos Santos 9 - Número: 309 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Anacarí 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49066-030  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (45) 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) 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim  Não pais/avós vivos?  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  <small>Indicação de titular ou representante legitimo</small>	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Anacarí 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:** 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:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

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

# 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
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0025772/20

**Vítima:** APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

**CPF:** 015.299.685-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 17/09/2018

**Titular do CPF:** APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

APARECIDO FERREIRA DOS SANTOS

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?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**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**

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

[ **X** ] 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  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

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

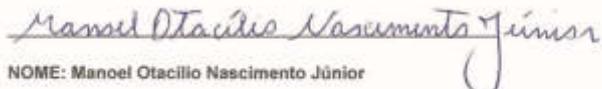
Região Corporal (Sequela):

% 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

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

---

Rio de Janeiro, 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



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

---

Rio de Janeiro, 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

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

---

**Rio de Janeiro, 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.

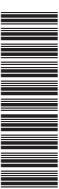
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



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

---

**Rio de Janeiro, 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, retorno 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](http://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: 4 - Nome completo da vítima:  
015.399.685-00 Aparecida 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: Aparecida Ferreira dos Santos	6 - CPF: 015.399.685-00		
7 - Profissão: Sem profissão	8 - Endereço: Rua Júlio dos Santos	9 - Número: 309	10 - Complemento: 11 - Bairro: Industrial
12 - Cidade: Anacarí	13 - Estado: SE	14 - CEP: 490 66-030	15 - E-mail: (FM) 99838 5963

## 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) 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 atende 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na nasc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 Assinatura de beneficiário ou representante legal	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Anacarí 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

Bairro: Centro

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) 99630-3166 (Celular)

**Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPÓSTO 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

## 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 LXYXCBL08B0256773
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  
Delegado 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(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 343-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: 4 - Nome completo da vítima:  
015.399.685-00 Aparecida 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: Aparecida Ferreira dos Santos	6 - CPF: 015.399.685-00		
7 - Profissão: Sem profissão	8 - Endereço: Rua Júlio dos Santos	9 - Número: 309	10 - Complemento: 11 - Bairro: Industrial
12 - Cidade: Anacarí	13 - Estado: SE	14 - CEP: 490 66-030	15 - E-mail: (FM) 99838 5963

## 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) 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 atende 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na nasc.)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 Assinatura de beneficiário ou representante legal	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Anacarí 16/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)