

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: 20/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

BANCO: 004

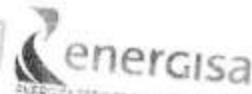
AGÊNCIA: 00051

CONTA: 00000000818-8

Nr. da Autenticação 3F3C0750FA92ECD2

SAMUEL ALVES DOS SANTOS
RUA JOAO MOREIRA SIQUEIRA, 3020/
PEDRA MOLE / SE CEP: 49512000 (AG 20)

Ligação: MONOFASICO
Classe: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIANA REDE
Fatura: 15 - 130 - 340 - 9412 Referência: Jun/2019
Meiafatura: A1009275281 Emissor: 09162519



ENERGISA SEMPRE PREFERENCIALMENTE
Energisa S.A. - Centro de Distribuição
Número: 38 - CEP 49512-000
Número: 107-49000140 - Nro. Conta 0001276716
Número da Conta de Energia Elétrica: 0001276716
Cid. para Déb. Automatizadas: 00001276716

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2019	25/06/2019	24/07/2019	676.010.145-68

UC (Unidade Consumidora):

3/127671-6

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 22/06/19 Leitura 1276716	Data 24/06/19 Leitura 1276717			
Demonstrativo				
T12 31				
CCI Descrição	Quantidade	Tarifa/C Trifásico Total(R\$) ICM(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) IPI/ICMS/PIB Cide(R\$) Cofins(R\$)		
0801 Consumo ate 30kWh-BR	30.000 0,266800	7,09 7,09 25 1,92 7,68 0,00 0,39		
0801 Consumo >31 a 100kWh-BR	70.000 0,439800	30,78 30,78 25 7,70 30,78 0,33 1,54		
0801 Consumo >101 a 220kWh-BR	12.000 0,682000	6,57 6,57 25 2,14 6,67 1,22 0,43		
0601 Piso B. Amarela		0,27 0,27 25 0,07 0,27 0,00 0,01		
0610 Subsídio		38,02 38,02 25 9,00 38,02 2,40 1,86		
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS				
0804 JUROS DE MORA 05/2019		0,02 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0805 MULTA 05/2019		1,02 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		
0806 Devolução Subsídio		-24,83 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00		

15 JUL 2019

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL
Tarifa e Tributos: Até 30kWh: R\$ 0,266800 Até 100kWh: R\$ 0,439800 Até 220kWh: R\$ 0,682000
VALOR TOTAL: R\$ 59,61

106 02/07/2019 R\$ 59,61

Histórico de Consumo (kWh)

111 | 87 | 115 | 103 | 107 | 112 | 103 | 104 | 102 | 106 | 107 | 108
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19

RESERVA DO ANEXO C

ce2f.9cfe.1e74.a4d7.3b61.7207.1b89.7c02.

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,78	0,00
DIG TRIMESTRAL	11,56	NOMINAL
DIG ANUAL	23,12	
FIC MENSAL	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	0,00	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	1,64	LIMITE SUPERIOR
DMC	0,00	
DIGR	12,22	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/SE	12,19	20,45
Campanha Enc. 2019	18,82	32,19
Benefício de Fornecimento	1,76	3,20
Bônus de Fornecimento	2,48	4,26
Imposto Direto e Equivalente	26,99	46,26
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	59,61	100,00

Valor em Euro (Ref. 4/2018) R\$ 14,76

ATENÇÃO

Faturas em atraso

- AVISO: Pernambucano em atraso os "Débitos Anteriores" já remunerado, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Sua unidade foi registrada como Baixa Renda, tenho um desconto de R\$24,83.
- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é da prefeitura do município.
Reavalia Tarifário - Vigência 22/04/18-Resol. ANEEL nº 2.531-Bixa Tensão 3,33% Médio
Reavalia Tarifário - Vigência 22/04/18-Resol. ANEEL nº 2.531-Aris Tensão 1,31% Médio

Jul/18 57,40

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 03087 893008 01467 749170 1 79380000005961

PAGADOR: SAMUEL ALVES DOS SANTOS - CPF/CNPJ 676.010.145-68
RUA JOAO MOREIRA SIQUEIRA, 3020 / CENTRO / PEDRA MOLE / SE CEP: 49512000

Nosso N.	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Peso
30878930001467749	000127671201906	02/07/2019	R\$ 59,61	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGPE-DISTRIBUÍDA ELET. E INFRAESTR. S.A. CNPJ 13.017.462/0001-63
Rua Min. Apolinário Sales, 81 - São João Batista - Aracaju - SE - CEP 49040-150

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 497944

DATA: 21/01/2018 HORA: 14:30 USUARIO: ATANOQUEIRA

CNS:

SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS
 IDADE: 23 ANOS NASC: 20/07/1994
 ENDERECO: RUA JOAO MOREIRA DE SIQUEIRA
 COMPLEMENTO: CASA BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: PEDRA MOLE UF: SE CEP: 49512-000
 NOME PAI/MAE: SAMIEL ALVES DOS SANTOS /MARIA ROSA MENDONCA DOS SANTO
 RESPONSAVEL: O PAI TEL: 079.
 PROCEDENCIA: PEDRA MOLE - SE
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Paciente vítima de queda de moto há 40 minutos. Nenhum desmaio ou amea. Glasgow 15.

Lixical, torax, abdome e quadril sem alterações.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Edema em punho esquerdo. Ambro direito com limitação de movimento.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

① Profenit - 1 ampola III

② Anal. da ortopedia

H. Neto
Cirurgia

14:57 Claudinha

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA: :

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Rodrigo Pires S. Lima
Geral
5200 ANAT. PATOL

R
617
60
608

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Samuel Alves de Souza

Diogo P. Santos
Tec. em Radiologia Médica
CRTR 00437 7º Regist.

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP: PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



Identificação do Paciente

Nome: _____ Data de Nascimento: _____

Tempo de Espera

04 Horas (Ambulatório)

Até 50 minutos (Emergência)

Imediato (Emergência)

Busca espontânea

Gestante

SAMU

Acidente de trabalho

Encaminhamento

Ambulância

Corpo de Bombeiro

Duração da Queixa:

Aguda: _____

DM

Cardiopatias

HAS

Crônica: _____

Elatista

Tabagista

Uso de Medicação:

Não

Sim

Qual: _____

História Pregressa:

Não

Sim

Qual: _____

Sinais Vitais:

FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mG/dL)	Peso (Kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motoria	TOTAL

Escala de Coma de Glasgow:

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertensão	Hipertensão
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Ritmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Ósteoarticular

Flácido	Hematemese	Anúria	Mictíria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Câimbra
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada	+	-	Susp. Fratura/Qual?	

Escala de Intensidade da Dor:



Especialidade:

Clinico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermagem

Classificação de Risco

Vermelho Laranja Amarelo Verde

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

INTRODUZIDA: FRENTE A JUNHA, MURAL (Nº 40) + LOC
E (0)

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

(0: Nulos ou pés (+) (0) + Ligeiro + M)

Nº 3101387/0



ELETRONEUROMIOGRAFIA

ORTOMED

Clinica Especializada em Ortopedia

NOME DO PACIENTE: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

IDADE: 24 anos

DATA: 12/04/2019

SEGMENTO ESTUDADO: MEMBROS SUPERIORES

MEDICO SOLICITANTE: WESLEY SOARES DA CUNHA CRMSE 3865

ELETRONEUROMIOGRAFIA DOS MEMBROS SUPERIORES

POTENCIAIS DE AÇÃO DE NERVOS SENSITIVOS (PANSs) DO NERVO MEDIANO DIREITO EM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NOS DEDOS NÃO APRESENTANDO ALTERAÇÕES DE LATÊNCIAS E DAS VELOCIDADES DE CONDUÇÃO.

POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS MEDIANO E ULNAR COM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NO IV DEDO A DIREITA SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE LATÊNCIAS (A PARTIR DE 0,5 MS)

POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS MEDIANO E RADIAL COM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO E CAPTAÇÕES NO POLEGAR A DIREITA SEM DIFERENÇA SIGNIFICATIVA DE LATÊNCIAS (A PARTIR DE 0,5 MS), TESTES DE BACTRIAN NEGATIVOS.

POTENCIAL DE AÇÃO MOTOR COMPOSTO (PAMC) DO NERVO MEDIANO E ULNAR DIREITO APRESENTANDO DE LATÊNCIAS NORMAIS EM ESTIMULAÇÕES NO PUNHO, COTOVELO, E TERÇO INFERIOR DO BRAÇO

ATIVIDADE ESPONTÂNEA (FIBRILAÇÕES, ONDAS AGUDAS POSITIVAS, POTENCIAIS POLIFASICOS) EM DELTOIDE A DIREITA, ASSOCIDA A RECRUTAMENTO RAREFEITO EM TRICEPS BRAQUIAL CABEÇA LONGA

POTENCIAIS DE AÇÃO SENSITIVOS DOS NERVOS ULNAR E RADIAL SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: -EXAME ELETRONEUROMIOGRAFICO COMPATIVEL COM LESÃO DO NERVO AXILAR A DIREITA, COM SINAIS DE DESNERVAÇÃO CRÔNICAS DA MUSCULATURA DO DELTOIDE.

DR THIAGO NASCIMENTO

CRM 3702

MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEUROFISIOLOGIA CLINICA

Centro Médico Jardins

Laudo do exame**Paciente:** SANDRO MENDONCA DOS SANTOS, -**Data:** sexta-feira, 12 de abril de 2019**VC motora**

Teste	Pto. estim.	Lat., ms	Ampl., mV	Dur., ms	Área, mV×ms	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6										
1	Ponto de Erb	8,8	0,5	5,72	1,3	61	0,3	170		
direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1										
6	punho	3,7	9,1	6,04	32,6	33	0,2	80		
	cotovelo	7,3	8,8	6,72	32,6	33	0,2	210	3,56	59,0
	terço inferior do braço	9,0	13,8	7,12	48,7	33	0,2	100	1,72	58,1

VC sensitiva

Teste	Ptos. de estim. (captação)	Lat., ms	Ampl., µV	Dur., ms	Area, nV×s	Estim., mA	Estim., ms	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s
direita, n. Ulnar V dedo										
7	punho	2,0	56,9	1,5	44,5	28	0,1	120	2,04	58,8
direita, n. Mediano III dedo										
7	1	2,6	37,7	1,7	31,9	32	0,1	140	2,56	54,7

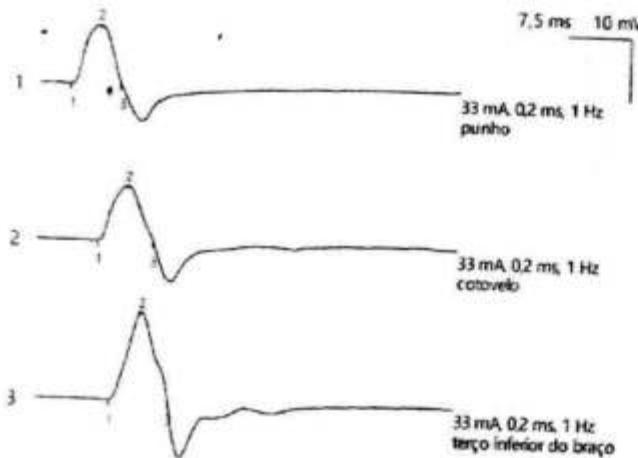
EMG Interferência...**direita, Deltóide, Axilar, C5 C6****direita, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6****direita, Tríceps, Radial, c6 C7 C8 T1****direita, Serrátil anterior, torácico longo, C5-C7 c8****VC motora**direita, Deltóide, Axilar, C5 C6

4 ms 400 µV

**Parâmetros onda-M (amplitude: pico negativo)**

N	Captação	Ponto de estimulação	Dist., mm	Lat., ms	Lat. norm., ms	Ampl., mV	Ampl. norm., mV	Vel., m/s	Vel. norm., m/s
direita, Deltóide, Axilar, C5 C6									
1	direita, Deltóide, Axilar, C5 C6	Ponto de Erb	170	8,8	4,4	0,5	6,0		

VC motoradireita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1



Parâmetros onda-M (amplitude: pico negativo)

N	Captação	Ponto de estimulação	Dist., mm	Lat., ms	Lat. norm., ms	Ampl., mV	Ampl. norm., mV	Vel., m/s	Vel. norm., m/s
direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1									
1	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	punho	80	3,7		9,1	5,8		
2	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	cotovelo	210	7,3		8,8	5,8	59,0	60,0
3	direita, Abdutor curto do polegar, Mediano, c6-t1	terço inferior do braço	100	9,0		13,8	5,8	58,1	60,0

VC motora

N	Nome do segmento	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s	Vel. norm., m/s	Vel. dev., %
1-2	punho - cotovelo	210	3,56	59,0	60,0	(N)
2-3	cotovelo - terço inferior do braço	100	1,72	58,1	60,0	(N)

Latência residual e PDF

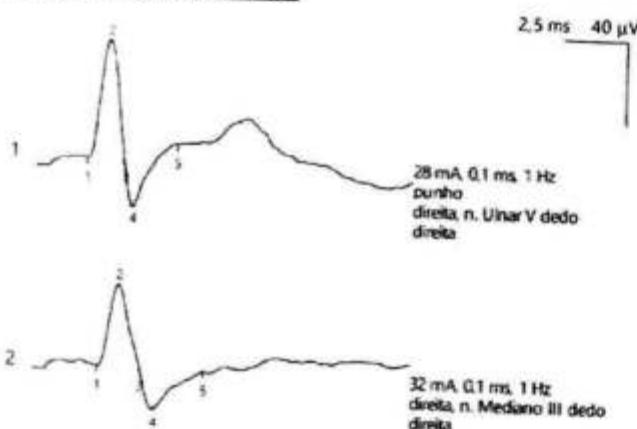
Lat. res., ms	Norm. LR., ms	Desv. LR., %	Fator Prox.-dist.
2,36	1,8	(N)	0,986

VC sensitiva

Antodrônico

direita, n. Ulnar V dedo

direita, n. Mediano III dedo



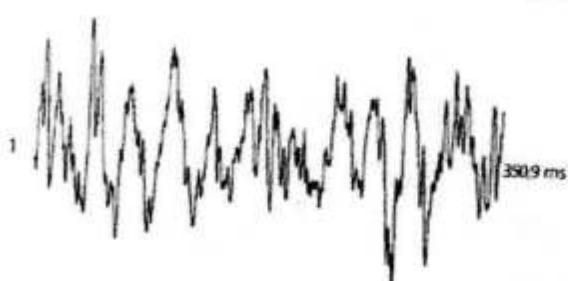
Potencial de ação nervoso (amplitude: pico negativo)

N	Pto. Estim.	Dist., mm	Lat., ms	Ampl., μV	Vel., m/s	Vel. norm., m/s	Vel. dev., %
direita, n. Ulnar V dedo							
1	punho	120	2,0	56,9	58,8	60,0	(N)
direita, n. Mediano III dedo							
2		140	2,6	37,7	54,7	60,0	(N)
VC sensitiva							
N	Nome do segmento	Dist., mm	Tempo, ms	Vel., m/s	Vel. norm., m/s	Vel. dev., %	Velocity increm., %
1	punho	120	2,04	58,8	60,0	(N)	
2	1	140	2,56	54,7	60,0	(N)	

Interferência

direita, Deltóide, Axilar, C5 C6

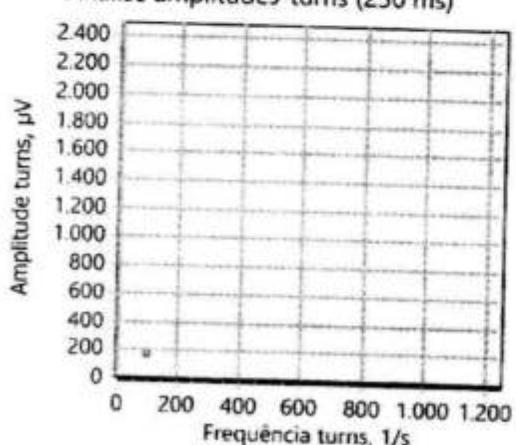
20 ms 40 μV



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., μV×s	MAC index, mV/s
1	360	189	16.7	91,2	2,08	

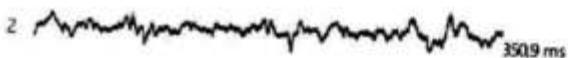
Análise amplitudes-turns (250 ms)



Interferência

direita, Biceps braquial, Músculo-cutâneo, C5 C6

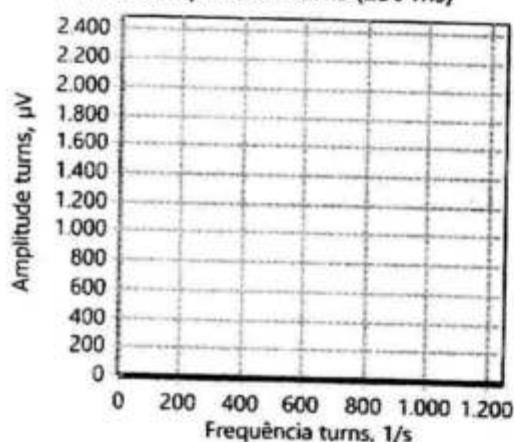
20 ms 40 μ V



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μ V	Ampl. média, μ V	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., μ V×s	MAC index, mV/s
2	58,9	0	0	0		

Análise amplitudes-turns (250 ms)



Interferência

direita, Triceps, Radial, c6 C7 C8 T1

20 ms 40 μ V

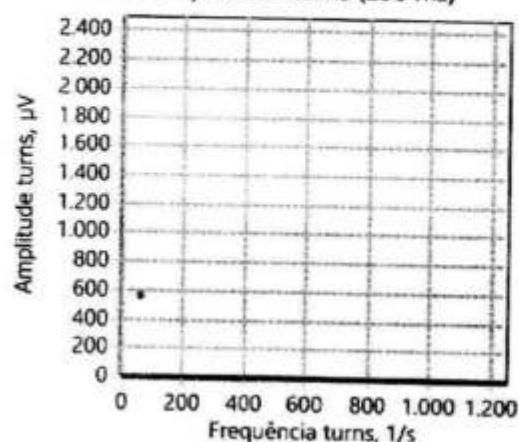


Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μ V	Ampl. média, μ V	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., μ V×s	MAC index, mV/s

1	1184	477	27,2	59,9	7,97	
---	------	-----	------	------	------	--

Análise amplitudes-turns (250 ms)



Interferência

direita, Serrátil anterior, torácico longo, C5-C7 c8

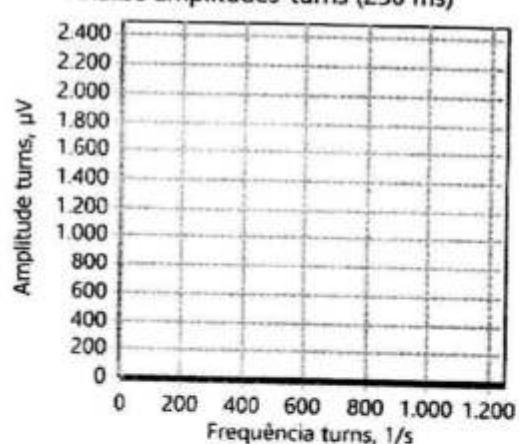
20 ms 40 μV



Análise amplitudes-turns

Curva	Max ampl., μV	Ampl. média., μV	Ampl. Total mV/s	Freq. média, 1/s	Ampl./ freq., $\mu\text{V} \times \text{s}$	MAC index, mV/s
1	128	108	0,6	8,6	12,6	

Análise amplitudes-turns (250 ms)





RELATÓRIO ESPECIALIZADO

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

Número do sinistro R.P.O. 2018/06576.0.000061

Nome do paciente: JAVIER MENESES SOS SANTOS

Data de nascimento: 20/07/1974

Data do inicio do tratamento / Acidente 21/01/2018

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Menino vítima de acidente de moto, feriu acidentalmente o olho direito. Entrou no hospital de São Paulo, fez exames, realizou-se tomografia da órbita e constatou-se fratura bicondylar da órbita direita com luxação da articulação óptica. Foi submetido a cirurgia de luxação da órbita direita e fixação da órbita com placas e torniquete óptico. O resultado é ótimo.

2 - Data / Tratamento Realizado:

21.01.2018

Menino foi submetido a tratamento conservador com uso de aparelho queixo, de fita de estribo, órtese de Rhee e óculos protetor óptico. O luxo óptico foi reduzido e fixado com placas e torniquete óptico. Cirurgia realizada.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

21.01.2018

RX da órbita direita e óptica direita com órtese
Óptica D
RX da órbita esquerda e óptica esquerda com órtese
Óptica E

25/11/2019
Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedista Traumatologista

Assinatura e Carimbo

Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

21/01/2018 - ~~Atendimento Hospitalar~~
Graça Madureira

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

- Perda de 50% função de articulação do cotovelo
Esquerdo em Orto. Dípt.
- Perda de 20% motilitade do lado esquerdo
de flexão/abdução do MSO
- Perda de 50% motilitade da flexão/abdução
do quadril direito dípt.
- Perda de 50% motilitade da extensão do MSO.
Através de TSO.
- Perda de 50% motilitade do lado esquerdo de flexão/abdução do quadril dípt.

6 - Alta definitiva do tratamento:

7 - Data do Exame do Paciente

25/11/2018

8 - Segue Exame Anexo

CÓPIA DO EXAME
RNM

Perda parcial de
função MSO dípt.
+ perda de motilitade
definitiva em MSO dípt.

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 Getúlio 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

25/11/2018
Data

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

Assinatura e Carimbo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Descrição do exame físico: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUIDA (+++/5+), DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: pago dano como descrito pelo colega examinador

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @9/10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARÉCER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTIVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVÍCULAR DIREITA.
FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @9/10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARÉCER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTIVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS 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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0415288/19

Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

CPF: 062.840.035-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2018

Titular do CPF: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

SANDRO MENDONCA DOS SANTOS : 062.840.035-79

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: 25/11/2019
Nome: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS
CPF: 062.840.035-79

SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO
CPF: 842.887.445-04

MARIA MORGANA ANDRADE NASCIMENTO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190656906 **Cidade:** Pinhão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/01/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Descrição do exame físico: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUIDA (+++/5+), DOR, EDEMA E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO.
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

Conduta mantida:

Observações: pago dano como descrito pelo colega examinador

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190656906

Nome do(a) Examinado(a): SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): R JOAO MOREIRA DE SIQUEIRA, 20 -
PEDRA MOLE/SE - CEP 49512-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 340.34366 - SSP - 31/10/2018

Data e Local do Acidente : 21/01/2018

Data e Local do Exame : 11/12/2019 RUA SANTA LUZIA, 829 - ARACAJU/SE
- CEP 49010-310

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE CLAVÍCULA A DIREITA.

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

PERICIADO VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL
EM 21/01/2018 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. O QUADRO FOI
TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM TIPOIA NA
FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS
LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM
FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), DOR, EDEMA E
BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, CALO ÓSSEO DE
MODERADO VOLUME NA DIÁFISE INTERMÉDIA DA CLAVÍCULA DEVIDO A
CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO BRAÇO
POR DESUSO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO,
EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA
ARTICULAÇÃO DO OMBRO.

ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 80° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 25° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A
45°)

ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A
180°)

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não**

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:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO.

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 (*).

Vide motivo do impedimento 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
OMBRO DIREITO.

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

% 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.

Manoel Otacilio Nascentes Júnior

Manoel Otacilio M
Clínica e Auditório M
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656906

Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRO MENDONCA 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. 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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190656906

Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SANDRO MENDONCA 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. 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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190656906

Vítima: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRO MENDONCA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 004

Agência: 00000051

Conta: 000000000818-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

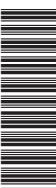
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura 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.

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:

062.840.035-79

4 - Nome completo da vítima:

Sandra Mendonça dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Sandra Mendonça dos Santos

6 - CPF:

062.840.035-79

7 - Profissão:

Sem profissão

8 - Endereço:

Rua João Moreira Siquero

9 - Número:

20

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Pedra Mole

12 - Cidade:

Pedra Mole

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

495120-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(49) 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 051

CONTA: 000000 838

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 deu birth Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Peda Mole / SE, 25/11/2019

Sandra Mendonça dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO

RUA GOV JOAO ALVES FILHO, CENTRO FONE:() 3461-1201

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06576.0-000061

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO
Endereço: RUA GOV JOAO ALVES FILHO, CENTRO FONE:() 3461-1201

FATO

Data e Hora: 21/01/2018 - 13:00 até 21/01/2018 - 13:30
do Fato:

Endereço: ESTRADA VICIAL, DEPOIS DA LIXEIRA INDO PARA O Povoado Rajas. Número: s/n Complemento: Próximo ao Povoado Rajas, município de Pinhão/SE. CEP: 49514-000

Bairro: Povoado Rajas Cidade: PINHAO - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PINHÃO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: SANDRO MENDONÇA DOS SANTOS
Nome do pai: SAMUEL ALVES DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA ROSA MENDONÇA DOS SANTOS
Pessoa: Física CPF/CGC: 062.840.035-79 RG: 340343669 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE
Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 20/07/1994 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda
Profissão: MONTADOR DE CALÇADOS Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Incompleto
Endereço: AVENIDA JOÃO MOREIRA DE SIQUEIRA Número: 020 Complemento: Centro
CEP: 49.514-000 Bairro: CENTRO Cidade: PEDRA MOLE UF: SE
Proximidades: PRÓXIMO A IGREJA Telefone: 79 9 9652-8334

HISTÓRICO

Relata o noticiante, que no dia e horário acima descrito, estava indo para o Povoado Rajas, município da Cidade de Pinhão/SE; conduzindo um veículo automotor tipo Motocicleta. Quando após a lixeira próximo ao Povoado Rajas, sobrou em uma curva e veio a cair. Que da queda o noticiante sofreu fratura no pulso do braço esquerdo a clavícula do lado direito e rompeu o músculo do braço do lado direito, ficando sem movimento neste braço. Segundo relatório médico fornecido pelo Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho, da cidade de Itabaiana/SE. Que a motocicleta do acidente foi uma: HONDA CG 150 TITAN MIX KS, ANO 2010, DE PLACA POLICIAL: IAL-9872, CHASSI: 9C2KC1610AR044933 COM CÓDIGO DO RENAVAM DE NUMERO: 00209221216, EM NOME DE LUIS PAULO SANTOS PEREIRA. Que o noticiante possui Carteira Nacional de Habilitação (CNH), de numero: 05879380546 e categoria "AB". Que este b.o. é para fins de seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 18/04/2018 às 19:53

Última Alteração: 18/04/2018 às 19:53.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, cu multa.

Sandro mendonça dos santos
SANDRO MENDONÇA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Carlos de Souza Leite
Responsável pelo preenchimento

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:

062.840.035-79

Sandrinha Mendonça dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Sandrinha Mendonça dos Santos

6 - CPF:

062.840.035-79

7 - Profissão:

Sem profissão

8 - Endereço:

Rua João Moreira Siquero

9 - Número:

20

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Penteado

12 - Cidade:

Pedro Igreja

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

495120-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(49) 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 051

CONTA: 000000 838

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 deu birth Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Penteado, 25/11/2019

Sandrinha Mendonça dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)