

# 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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VAGNO NUNES DA MOTA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 000000010170-5

---

Nr. da Autenticação 9E10A93240D94EEF

**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: 3200003544  
Nome do(a) Examinado(a): Vagno Nunes da Mota  
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Jaramataia, S/N Casa  
Area Rural Gararu SE CEP: 49830-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 3144771-6  
Data local do acidente: [ 09/08/2019 ]  
Data local do exame: [ 17/01/2020 ] Aracaju [ SE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM FRATURA DO OSSO FRONTAL, FRATURA E SUTURA DO FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL E SUPERCÍLIO.**

**Complicações: DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA COM CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA**

Data da Alta: 12/08/2019

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO.**

**PERICIADO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.**

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

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL CRÂNIO FACIAL.**

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 o 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otálio Nascimento Júnior*

Manoel Otálio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827



MARIA LUIZA DOS SANTOS  
CEP 29050-000 - AREA RURAL  
36500-000 - SECEP - 29050000 (AD-451)

Logcat MONOFLASHC  
Clu/Soc: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - BAXIA FRENDA  
Rotene 6 - 390 - 645 - 426  
Medidor: A5010438106  
Reference Date / 2018  
Timestamp: 1/11/2018

Atendimento ao Cliente INFORUM 080000790195 | [www.inforum.com.br](http://www.inforum.com.br)

CPF/CNPJ/RANI	028 665 005-17
Data preventiva de proxima leitura	10/01/2020
Apresentação	11/12/2019
Conteúdo referente a	028 / 2010

3/851738-5

Casi di cento

- Técnico Social da Energisa Eletrobrás - Sobe o Poco da Serra Leste - 10426, de 08 a 10/04/2003

18/12/2019 18/12/2019 R\$ 19,82

RESERVADO AO FISCO  
b068.28dbb dd04.6bfe 6dc2.761b.84c0.2b72.

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS BLOS 2017 CASA 4 - BLOCS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA SE CEP 43900000 (AG. 400)



ENERGISA SERGIPANO-ESTADUAL ENERGISA  
Rua Min. Augusto de Lima, 11 - Imaruim 43900-000  
Anelar 99-43840-100  
CNPJ 15.317.462/0001-45 - Ins. Est 201.707.406  
Nro. Fiscais Contrato Energia Básica 141017223-211  
Cód. venc. Dta. Automação: 00000127875

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ BANR
* Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	020.000.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato:

Conheça a ONS, nossa estrutura virtual ou Visão 360°.  
Elle pode te ajudar com informações sobre seu uso,  
enviar a leitura de sua conta ou encerrar  
o seu contrato de serviço.  
Sua conexão com a sua conta é muito mais prático.  
7398121-2715

5461660

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
10/09/19 9421	10/10/19 9509		66	30

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tensão	Imp. Bás. Cál. Até	Imp. Bás. Cál. Pós (R\$)	Imp. Bás. Cál. Pós (R\$)	Consumo	Coef. (R\$)
0631	Consumo em kWh	88.700 0.75652	40,70	58,76 28	18,69	65,76	0,60	2,76
0651	Adc. B. Vitrine	0,01	3,31	25	0,01	1,31	0,01	0,14
0651	Adc. B. Ampla	0,64	0,84	28	0,16	0,34	0,02	0,02
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0601	CONTROLE LUMINÁRIA	0,38	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	QUOSSE MORA 06/2019	0,04	0,00	1	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 06/2019	7,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0601	REST. BANCO BANR RESIDENCIAL 06/2019	-0,07	0,00	5	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 80,51 70,70 11,81 70,50 0,62 2,91  
Unidade: kWh 0,560720

MÉDIA DAS LEITURAS (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
80	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh):

74 1.39 1.76 1.73 1.120 1.172 1.126 1.73 1.78 1.76 1.54 1.37  
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fever/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19

RESERVADO AO FISCO

7c58.c680.aaef.17a8.26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Composição do Consumo
0101ENSG	9,15	0,00	Disponibilidade Energia 100,00 100,00
0101TRIMESTRAL	11,20	NORMAL 127	Imp. de Cál. do Energisa 100,00 100,00
0101M	9,40		Imp. de Energia 20,14 20,14
0101A	9,25		Imp. de Consumo 11,93 11,93
0101PCTRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA 112	Imp. de Tarifa 1,00 1,00
0101FI	0,00	CARTE INFERIOR 112	Imp. de Clientes e Empresas 21,00 21,00
0101D	0,00	LATTE SUPERIOR 125	Outros Benefícios 0,00 0,00
0101C	12,65		Total 80,51 100,00

Referência: ELEC Ref. 9/2019/2019/2019

ATENÇÃO

Atenção: A não pagamento da fatura pode resultar na suspensão da prestação do serviço.

Febreira em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

FAZACAR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CEP 43900-000  
RUA DOS BLOS 2017 CASA 4 - BLOCS NOSSA SENHORA DA GLORIA SE CEP 43900-000

Agencia: 0009-12781201910 17/10/2019 Valores Documentos: R\$ 80,51  
Referência: ELEC Ref. 9/2019/2019/2019

BENEFICAR: ENERGISA SERGIPANO-ESTADUAL ENERGIA 94 CNPJ 13.017.462/0001-83

Rua Min. Augusto de Lima, 11 - Imaruim - Aracaju - SE - CEP 49040-100

Agencia / Código do beneficiario: 5064-0 / 17003-4

# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39635>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Marcos De Olimpina Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vagno Nunes da Mata inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.433.585 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Vagno Nunes da Mata

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.433.585 / 32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar.

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Das Silos</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Bara A</u>	
Bairro:	<u>Silos</u>	Cidade:	<u>Torres</u>	Estado:	<u>SC</u>	
E-mail:	<u>marcosdegloria@gmail.com</u>				CEP:	<u>49680-000</u>
					Tel.(DDD):	<u>79-99918-9202</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória / 03.01.2020

por escrito da declarante

Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Wagney Nunes da Mota

DATA DA ENTRADA: 27/12/2019

DATA DA SAÍDA: 12/01/2020

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 (R) ENFERMARIA (R) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

*Paciente seu casado no 1956 vivendo de agricultura  
de agricultura, morador da comunidade original 181001920  
A paciente teve dor de barriga e aperto abdominal de origem  
de origem devido ao uso de agro  
foi levado, suspeita, e com melhora é  
em 16/12/2019*

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

*/*

EXAMES COMPLEMENTARES:

*Teste de urina: apurado em menor quantidade de fezes  
prova de enzima de amylase*

MÉDICOS ASSISTENTES:

*Dr. Silvio C. V. Almeida*

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

ARACAJU, 12 de dezembro de 2019

*Dr. Silvio C. V. Almeida,  
SAMU / HU/SE  
CRM 2510*

No. DO BE: 34390  
CNS:DATA: 09/08/2019 HORA: 13:03 USUARIO: CMSLEITE  
SETOR: 06-SUTURA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: VAGNO NUNES DA MOTA  
 IDADE: 36 ANOS NASC: 02/10/1982  
 ENDERECO: Povoado Jaramataia  
 COMPLEMENTO: 702607231060647 BAIRRO:  
 MUNICIPIO: GARARU  
 NOME PAI/MAE: ALFREDO NUNES LINO  
 RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU - ALIANE - IRMA  
 PROCEDENCIA: GARARU  
 ATENDIMENTO: COLISAO MOTO X MOTO  
 CASO POLICIAL: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO  
 PLANO DE SAUDE: NAO  
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM

UF: SE CEP: -  
 /MARIA NEIDE LINO  
 TEL.: 7999040

DOC...: 31447716  
 SEXO.: MASCULIN  
 NUMERO:

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Samu atendendo paciente*. DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente trazido pelo SAMU sob protocolo com relato de colisao motox  
há cerca 5 horas. Refere vomito. Nigra sanguineo em antios queiroo. 1  
to de 03 episodios de vomitos. Nigra alveolar, risco comprometido.  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: C: pulso de 70 bpm, T: 36.5°C, P: 100 bpm, S: 20 breaths/min, R: 16 breaths/min, O2: 95%  
Vermeces. A: Vias aereas livres, drenagem. D: glasgow 15, pupilas regulares  
B: dor no estomago, anorexia, d. endolumen de fraturas. F: Causa de fratura  
C: dor no estomago, anorexia, d. endolumen de fraturas. F: Causa de fratura

DIAGNOSTICO: E: lesões ósseas contusas em seios pectorais esquerdo, co  
mum pectoral bifeccional. Sem outras enccepas. CID: 85.2

PRESCRICAO: HORARIO DA MEDIDA  
1. Soluço de 20ml de soro fisiológico a cada hora. Horário: 13:30  
2. Soluço de 20ml de soro fisiológico a cada hora. Horário: 13:30  
3. Soluço de 20ml de soro fisiológico a cada hora. Horário: 13:30

DATA DA SAIDA: / /  
 ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] AVASAO  
 [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA-PS  
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): [ ]  
 REGISTRO: 4084

HORA DA SAIDA: / /  
 DESISTENCIA: [ ]  
 TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):  
 OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS: 10/08/19

HORA: 13:30  
 HORARIO: TC crânio

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL: ASSINATURA E CARIMBO DORMEDICO  
 REGISTRO: 914  
 DATA: 09/08/19

4. Soluço TC de crâneo sem contraindicação.  
 5. SAT 5000 UI, IM. 13:30

Soluço de 20ml de soro fisiológico a cada hora.  
 Hora: 13:30  
 Data: 09/08/19

IR, 09/08/2019 - 13. ver.

Vida salvagé e pessoas

Aos amigos da equipe de eng. da rot.

*Alfonso*  
Flávio de Jesus Menezes  
Neuro-Histologia Intervencionista  
Neurocirurgia  
CRM/SE 3546

28MF-D Ao exame físico, observada frimeta corte-contuso em  
região de supercilio, com suspeita de fratura. A TC confirma fratura  
de parede anterior da cia frontal, com discreto deslocamento. Paciente  
terá frimeta suturada e o tratamento da fratura será conservador.  
Paciente liberado pela especialidade e encaminhado ao ambulatório  
de retomia após regressão de edema.

*Dr. Carlos Henrique T.S. de Oliveira  
Cirurgião-Dentista Maxilo-Facial  
CRM/SE 1284*

*Flávio de Jesus Menezes  
Neuro-Histologia Intervencionista  
Neurocirurgia  
CRM/SE 3546*

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

LEITO:

<b>NOME</b>	VAGNO NUNES DA MOTA	<b>IDADE</b>	36
<b>DIAGNÓSTICOS</b>	FRATURA DE OSSO FRONTAL E DA FACE		

#	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
1	DIETA ORAL BRANDA LAXATIVA	SND
2	SF 1500ML IV EM 24H	500 5.00, 500 20/08
3	DIPIRONA 01AMP + AD IV 6/6H	08 24/08
4	PROFENID 100 MG + SF 100ML IV 12/12H	20/08
5	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV 06/06H SE DOR REFRATÁRIA	SOS
6	MORFINA 10MG/ML + 09ML AD - ADMINISTRAR 03ML DA SOLUÇÃO EV ACM	ACM
7	PLASIL 01AMP + AD IV 8/8H SE NÁUSEAS	SOS
8	CAPTOPRIL 25MG VNSE SE PA $\geq$ 160x90MMHG	SOS
9	HALDOL 05 MG IM SE AGITAÇÃO	SOS
10	DIAZEPAM 10MG + AD EV LENTO SE CRISE CONVULSIVA	SOS 1/0
11	OMEPRAZOL 01 AMP + AD IV AS 06H	26/11/08
12	CLEXANE 40 MG SC 1X/DIA	08
13	LACTULONA OU OLEO MINERAL 30 ML VO 8/8H SOS	SOS
14	CABECEIRA ELEVADA A 30°	ATENÇÃO
15	GLICEMIA CAPILAR 1X/DIA 1) VALOR: (HORA : ); 2) ( : ); 3) ( : ); 4) ( : )	
16	INSULINA REGULAR SC, CONFORME GLICEMIA CAPILAR (MG/DL): <180 = 00 UI; 181-200 = 02UI; 201-250 = 04UI; 251-300 = 06UI; 301-350 = 08UI; 351-400 = 10UI; >400 = 12UI	
17	GLICOSE A 50% 04 MP SE GLICEMA < 70MG/DL; REPETIR HGT APÓS 20 MINUTOS; SE PERSISTIR, COMUNICAR MÉDICO ASSISTENTE	
18	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA	
19	SSVV+CCGG + VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA 06/06h	
20	Solicito TC de crânio de controle	OK!
21		
22		
23		
24		
25		

**DIMAS FERNANDES**  
NEUROCIRURGIA - CRM 5162

Nome do Paciente: Wagner Nunes da Mata.

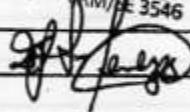
Idade: 36a

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

09/10/819	NEUROCIRURIA
<p>Admitido paciente proveniente de, Coração - SE, vítima de acidente de moto sem capacete hoje.</p>	
<p>Exame Físico:</p>	
<p>Alerta, ECO - 15. mord os 4 mamilos. pupilos 2+ / 2+ FCO igualmente esquerdos.</p>	
<p>TCC +/- :</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>- gestura esquerda c/ abdução daquele anterior</li><li>do lado oposto,</li><li>- sem sinais de pseudomeningocele,</li><li>- sem sinais de contusão ou hemorragia intracraniana</li></ul>	
<p>Plano: tratamento conservador;</p>	
<p>à maturidade</p>	
<p>Tiago de Jesus Menezes Neuroradiologia Intervencionista Neurocirurgia CRM/SE 3546 </p>	

11.21.19 611801CR

~~10108119 #NICKA~~



## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Nome do Paciente:** Wagner Nunes da Costa

Idade: 36 Sexo: M U.P: Trajano Matrícula: 34390

卷之三

## PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Vagner Nunes da Costa Idade: 36 Data: 09/08/2019

# RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

**HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 5º DA GLÓRIA/SE**

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

*HSE JENDE TRAUMA DR. LUIS CARLOS*

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE VLADIMIR ALVES DA MOTA

SEXO MASC - NASCIDO EM 02-10-82 MATRÍCULA \_\_\_\_\_

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

*pac. vítima de queda de moto, com  
lesão grave. contusão na região  
frontal com espasmos de nariz e  
escoliose*

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

*Anamnese e exame*

*Dr. Agamenon Gomes Jr.  
Clínica Médica / Uraenca  
CRM 3340 - 32*

DATA DO ENCAMINHAMENTO

*0,08,13*

*Agm*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

10:22'

ST<sub>2</sub> 100 Mascara de vidro  
FE 75  
FV exp  
PD 140/80

Dextro 93

Temp. 35.89

Exp. cap. < 25

Entrada as 08:00, duas punções periferia BE, BD

SA COLETADA = 300ML

RO Fisiologico 250ML

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 3877  
Numero do CNS.....: 0000000000000000  
Nome.....: VAGNO NUNES DA MOTA  
Documento.....: 31447716  
Data de Nascimento: 2/10/1982  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: ALFREDO NUNES LINO  
Nome da Mae.....: MARIA NEIDE LINO  
Endereco.....: Povoado JARAMATAIA (702607231060647) SUS  
Bairro.....:  
Telefone.....: 7999040608  
Municipio.....: 2802403 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 34390  
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II  
Leito.....: 999.0041  
Data da Internacao: 09/08/2019  
Hora da Internacao: 23:38  
Medico Solicitante: 694.955.055-34 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: AAOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt/Hr Saída:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

NUMERO DA FICHA	DATA	9/8/2019	HORA	07:44
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		RECEPCIONISTA KELLY FABIANA		
NOME: VAGNER NUNES DA MOTA		NASC:	2/10/1982	RG: -
CARTAO SUS: -		IDADE:	36	SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
ENDEREÇO: Povoado JEREMATAIA		Nº	-	BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO: GARARU		UF:	SERGIPE	CEP: 49830 000
MÃE: MARIA NEUDELINO		PAI:	ALFREDO NUNES NETO	
RESPONSÁVEL:		TEL: 77		
PROCEDÊNCIA:		QUEIXA: ACIDENTE DE MOTO		
TIPO ATEND: <input checked="" type="checkbox"/> URGÊNCIA / EMERGÊNCIA		<input checked="" type="checkbox"/> CL. MÉDICA	<input type="checkbox"/> PEDIATRIA	<input type="checkbox"/> OBSTETRICIA
CASO POLICIAL <input type="checkbox"/>		ACIDENT. TRAB <input type="checkbox"/>	TRAUMA <input type="checkbox"/>	VEIO DE AMBULANCIA <input type="checkbox"/>
EXAMES COMPLEMENTARES: <input type="checkbox"/> RAIO - X		<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> LIQUOR
		<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> TC	
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS:		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM:			USO DE MEDICAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAIS:
DADOS CLÍNICOS		DATA PRIMEIROS SINTOMAS		
<p>100. Vizine crem exponhão Sot: 98. PA: 120. 80</p>				
DIAGNOSTICO:		<p>TCF, T4x poligôni de fonte de craniomo</p> <p>Prescrição</p> <p>Sal 500 ml s/ j</p> <p>GF 500 ml s/ j</p> <p>Glucal 1000 ml s/ j</p> <p>glicose 10% 16</p> <p>O 2 ml de 60% 14 ml s/ j</p>		
DATA DA SAÍDA		HORA DA SAÍDA		
ALTA	DECISÃO MÉDICA	A PEDIDO	EVAÇÃO	DESIDENCIADA
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):				
TRANFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):				
OBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HS <input type="checkbox"/> APÓS 48HS	HORA DO ÓBITO: Dr. Sydney Correia Leão			
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL		ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO		





GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL  
GOVERNADOR  
JOÃO ALVES FILHO  
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA**



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

Vagner Nunes da Mota EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

09-08-909 P.T. vítima de acidente automobilístico mórbio com morte, vindo de Agremes depois de morar encefálico. Glasgow de 15, respiração apneica com episódios de respiração fraca em 0101 para parar e 01 respiração rápida R 100.

João Geralino Santos Lima  
Fisioterapeuta  
CREFITO 248103-F

## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Rosy Nuno de Mello  
Católico

ENFERMARIA

LEITO

Data/Hora

## EVOLUÇÃO

09/10/81/19 O SAMU chega ao jardim para receber o paciente no pronto-socorro para AHSE, a equipe do UPA Porto Alegre realiza a transferência. No momento paciente consciente, suave, relaxado, pressão arterial 100/60 mm Hg, pulso 80/min, SPO<sub>2</sub> 97%, com olhos abertos e pupilas reagindo. SSM: PA: 137x81 mm Hg. FC: 85 bpm, Sat: 96%, FR: 13/lpm. Foi levado para enfermaria pelo equipe do UPA.

Cassia Barbosa  
CONFERENCIA 201.080. ENF

PACIENTE: Wagner Nunes de Mota

SETOR: Estabilização

LEITO:

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

09/11/08 08:00 paciente foi-entrado nesse setor  
08 levado pelo Técnico Tilde, vítima de colisão  
19 entre motocicletas, futebô desse excesso venoso periférico  
em mass. bem alta m: 18, foi administrado med-  
icamento prescrito pelo médico plantonista, depois  
de medicado foi regulado, no momento quando  
o SAMU \_\_\_\_\_

Maria José de Oliveira

CORENSE 01332957-TE

Rs 10:15 horas: SAMU chega na unidade  
de para a realizar a transferência do paciente pa-  
re o HUSe; a equipe do USA de porto de Folha na-  
leceu a transferência no momento paciente consciente  
Verbalizando, um peso de 66 e 108mms em uso de SUD,  
apresentando PA 137x81 mmHg, FC 85 b pm, Sotô: 99%, FR 13 bpm, o mesmo segui os cuidados da  
equipe do SAMU.

Maria José de Oliveira

CORENSE 01332957-TE

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA	
Clinica: <u>SERAL</u>	TURNO:
NOME: <u>VAGNER NUNES DA MOTA</u>	
MATRÍCULA:	<u>09-08-2019</u>
CIDADE: <u>SARARU</u>	



## RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

**HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. S<sup>RA</sup> DA GLÓRIA/SE**

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

H-SE- VERADE TRAJAMA DA LUSCUALOS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

VAGNER NUNES DA MOTA

SEXO MASC

NASCIDO EM

02-10-132

MATRÍCULA \_\_\_\_\_

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

pac. Vagner da Mota, com  
problema de humor, constante inquietação  
e ansiedade, com evasão de responsabilidades  
e negligência.

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Ansiedade e depressão

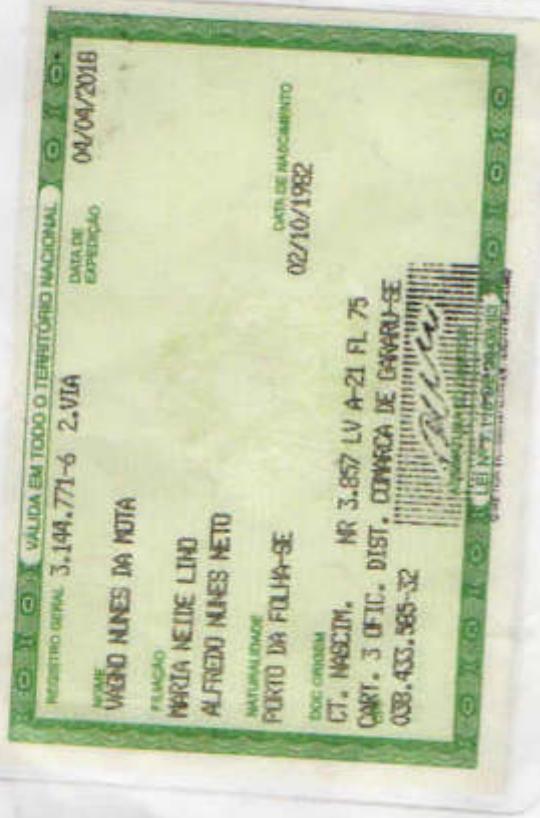
*Wiameron Gomes Jr.  
Medicina / Urologia  
09-08-2019 - CL*

DATA DO ENCAMINHAMENTO

09/08/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

*Agres*







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200003544      **Cidade:** Gararu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VAGNO NUNES DA MOTA      **Data do acidente:** 09/08/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMIDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO. PERICIADO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200003544      **Cidade:** Gararu      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VAGNO NUNES DA MOTA      **Data do acidente:** 09/08/2019      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMIDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO. PERICIADO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALEIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.

**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 17/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINOS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) Vagner Nunes da Mata ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Carneiro, portador da cédula de identidade RG nº 3.144.771-6, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 038.433.585-30, residente na ( endereço completo ) Pernachá Janamalaú, S/n, na cidade de Barra, ( UF ) SE, CEP 69830-000, nomeio e constituo meu procurador, ( nome do representante ) José Marcos de Oliveira Rosa ( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na ( endereço completo ) Rua dos Sulus s/nº 217, na cidade de Barra S.º da Glória ( UF ) SE, CEP 69680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Vagner Nunes da Mata, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Nossa Senhora da Glória 26/12/19

( assinatura ) Vagner Nunes da Mata

( RG ) 3144.771-6



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003301/20

**Vítima:** VAGNO NUNES DA MOTA

**CPF:** 038.433.585-32

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 09/08/2019

**Titular do CPF:** VAGNO NUNES DA MOTA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### VAGNO NUNES DA MOTA : 038.433.585-32

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: 03/01/2020  
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
CPF: 020.003.675-00

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020  
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO  
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

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 Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200003544**

**Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA**

**Data do Acidente: 09/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA**

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, 07 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200003544**

**Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA**

**Data do Acidente: 09/08/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA**

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, 30 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200003544**      **Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA**

**Data do Acidente: 09/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA**

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%  
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =      R\$ 1.350,00

**Recebedor: VAGNO NUNES DA MOTA**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 004**

**Agência: 000000018**

**Conta: 0000010170-5**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

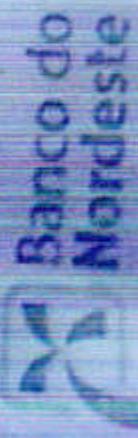
**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,





## EXTRATO DE CONTA CORRENTE

### Informações da Conta

Titular: VAGNO NUNES DA MOTA  
CPI: 038.433.585-32

Conta: 10170-5  
Corrente:

Saldo: R\$ 4.32  
Anterior:

Período: 01/12/2019 a 02/01/2020

### Detalhamento do Extrato

Data	Histórico	Documento	Valor	Saldo R\$
24/12/2019	JUROS P/UPANCA	39861	0,01 C	4,33
	CORRENTE			
	SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 055 3030 -			
	<a href="http://www.bancodonordeste.gov.br">www.bancodonordeste.gov.br</a>			

# 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:  
038.433.585-32 Vagner Junes da Mota

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

5 - Nome completo: Vagner Junes da Mota 6 - CPF: 038.433.585-32  
7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Povoado Charamataia 9 - Número: S/N 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Gararu 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49830-000  
15 - E-mail: Manoeldegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9202

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  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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nordeste

AGÊNCIA:  CONTA:  AGÊNCIA:  CONTA:  5

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

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, 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  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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não elaborada

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Igreja Senhora da Glória, 03/01/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 131131/2019-A01

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2019 12:08 Data/Hora Fim: 11/12/2019 12:08  
Origem: Outros  
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Gararu

Data/Hora do Fato: 09/08/2019 07:00

#### Local do Fato

Município: Gararu (SE) Bairro: Jaramataia  
Logradouro: Jaramataia N°: s/n  
Complemento: Estrada vicinal CEP: 49.830-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

#### Nome Civil: VAGNO NUNES DA MOTA (COMUNICANTE )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Porto da Folha Sexo: Masculino Nasc: 02/10/1982  
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Completo

Estado Civil: Casado(a)

Nome da Mãe: Maria Neide Lino Nome do Pai: Alberto Nunes Neto

#### Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 038.433.585-32

RG - Carteira de Identidade: 31447716

#### Endereço

Município: Gararu - SE N°: s/n  
Logradouro: Povoado Jaramataia CEP: 49.830-000  
Bairro: Zona Rural  
Telefone: (79) 99855-1930 (Celular)

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

### RELATO/HISTÓRICO

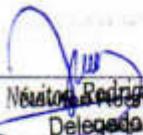
relata o comunicante que na manhã do dia (09/08/2019), por volta das 07:00hs, trafegava na estrada vicinal que dá acesso ao povoado Jaramataia, sentido Nossa Senhora da Glória/SE, conduzindo o veículo motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de placa policial NVI-5687/SE, ano 2011/2011, cor preta, chassi-9C2KC1650BR552981, em nome de Genilson Santos Lemos. Que nas imediações do referido povoado, numa curva perigosa colidiu com outra motocicleta, e em decorrência da colisão, sofreu fratura na região frontal. Que foi socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória/SE e em seguida foi transferido para HUSE, onde ficou internado e teve alta no dia 12/08/2019.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

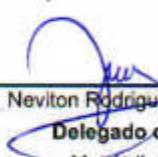
Nº: 131131/2019-A01

ASSINATURAS

  
Néilton Rodrigues dos Santos  
Delegado de Polícia  
Matr.: 936969  
Responsável pelo Abendimento

  
Vagno Nunes da Mota  
(Comunicante)

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

  
Néilton Rodrigues dos Santos  
Delegado de Polícia  
Matr.: 936969  
Responsável pelo Abendimento

# 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: 038.433.585-32 4 - Nome completo da vítima: Vagner Junes da Mota

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

5 - Nome completo: Vagner Junes da Mota 6 - CPF: 038.433.585-32  
 7 - Profissão: Barnador 8 - Endereço: Povoado Chavatataia 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Barra 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49830-000  
 15 - E-mail: Marcordegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9202

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  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:  CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Nordeste

AGÊNCIA:  0018

CONTA:  10170

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider 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  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  Jossa Segunda da Ribeira, 03/01/2020

Vagner Junes da Mota

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)