

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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANDRE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01733

CONTA: 000000176323-7

Nr. da Autenticação C24E5338EE5DACAE

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: 13/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO ANDRE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02382

CONTA: 000000039951-0

Nr. da Autenticação D0A4FB1559563719

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180570684 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO ANDRE DE SOUZA **Data do acidente:** 06/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NA DIÁFISE DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180570684

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO ANDRE DE SOUZA

Data do acidente: 06/06/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA OBLÍQUA (DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL) DO FÊMUR À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE LATERAL DA COXA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA, CALO ÓSSEO DE MODERADO NA DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL DO FÊMUR, DOR E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E DO JOELHO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4) NO JOELHO, EDEMA COM DERRAME E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL E DO JOELHO
*VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA A FRATURA E OS MATERIAIS DE SÍNTESE (01 PLACA E 09 PARAFUSOS)

Resultados terapêuticos: PERICIA DO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 06/06/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/06/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, A OSTEOSÍNTESE NÃO FIXOU TODA A FRATURA, A PLACA UTILIZADA FOI PEQUENA, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: Conforme documentos médicos anexados e exame físico descrito pelo médico examinador, conclui-se sequela funcional moderada em membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/03/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Não foram descritas sequelas em quadril nos documentos médicos anexados

DANOS

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 439.441.085-15 Nome completo da vítima: João André de Souza

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

Nome completo: João André de Souza CPF: 439.441.085-15
Profissão: Uigia Endereço: Rua Minervina Barros Número: 69 Complemento: _____
Bairro: Santos Dumont Cidade: Aracaju Estado: Sergipe CEP: 49087-450
E-mail: _____ Tel. (DDD): (79) 3222-0817

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ **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: _____
AGÊNCIA: 2382 CONTA: 39951 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Aracaju - SE, 04 Dezembro 2018
Nome: João André de Souza
CPF: 439.441.085-15

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
CPF: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Gente Seguradora S/A
Rua Minervina, 100 - Lj. 03 - Aracaju - SE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029680/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/12/2018 09:43 Data/Hora Fim: 04/12/2018 09:57
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/06/2018 07:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Logradouro: Av. Antônio Alves

Bairro: Atalaia

Ponto de Referência: Restaurante O Miguel
Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome Civil: JOÃO ANDRÉ DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: BA - Paripiranga

Sexo: Masculino

Nasc: 30/08/1970

Profissão: Vigia

Estado Civil: Solteiro(s)

Nome da Mãe: Joana Maria de Jesus

Nome do Pai: José André de Souza

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: Rua Minervina Barros
Bairro: Santos Dumont
Telefone: (79) 99688-2328 (Celular)

Nº: 69



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Veículo Adulterado? Não	Quantidade: 1 Unidade
Situação: Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a Vítima-Comunicante que estava atravessando a Av. Antônio Alves quando foi surpreendido por uma motocicleta de placa desconhecida que acabou por atropelá-lo e evadiu-se do local após o acidente. Um guarda municipal que estava no local acionou a SAMU, que socorreu a vítima e encaminhou para o HUSE, onde foi identificado que devido ao atropelamento,

Delegado de Polícia Civil Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Raimundo Renato Valença Junior
Data de Impressão: 04/12/2018 09:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

sofreu fratura no fêmur esquerdo, sendo necessária intervenção cirúrgica.

ASSINATURAS


Carlos Rodrigo Rêzeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

Raimundo Renato Valença Junior
Responsável pelo Atendimento


João André de Souza
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável(is) pelas informações acima apresentadas e ciente de a poder ser responder civil e criminalmente pela presente declaração que delibei, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 439.441.085-15 Nome completo da vítima: João André de Souza

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

Nome completo: João André de Souza CPF: 439.441.085-15

Profissão: Ugia Endereço: Rua Minervina Barros Número: 69 Complemento: _____

Bairro: Santos Dumont Cidade: Anacleto Estado: Sergipe CEP: 49087-450

E-mail: _____ Tel. (DDD): (79) 3222-0817

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: _____

AGÊNCIA: 2382 CONTA: 39951 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: Anacleto - SE, 04 Dezembro 2018

Nome: João André de Souza

CPF: 439.441.085-15

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.


RELATÓRIO 01005 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1806060142 / ESUS - SAMU

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **07h07min** do dia **06 de Junho de 2018**, para atendimento de vítima identificada como **João André de Souza**, com relato de **atropelamento por moto**, no **Bairro Atalaia**, no município de **Aracaju**.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico - Aracaju** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe - HUSE** do município de **Aracaju**, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 13 de Julho de 2018


Dr. Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes
Serviço de Regulação Médica
SAMU 192 Sergipe
CRM/SE 4554

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE





REDE: Rua Campo de Oura, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-000
CNPJ: 13.016.171/0001-00 - INSC. EST. 27.251.034-2

FATURA MENSAL *

Matrícula

054588.0

Nome do Cliente		CPF	
ANTONIO SOARES DOS SANTOS		***.***.***-**	
Endereço			
RUA MINERVINA BARROS, 69, ARACAJU, 49087-450			
Qualificação/Rótulo/Letramento	Data de Leitura	Indicador	Classificação / Bimestre
320007/00342	12/11/2018	A18C003552	BES: 1
Leit. Anterior 29 Leit. Atual 33 Consumo Faturado (m3) 10 Média de consumo (m3) 4 Ocorrência da Leitura Data da Leit. Anterior 11/10/18 Dias de Consumo 32 Média diária (m3) 0,12 Previsão para Próx. Leit. 12/12/18 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços	Valor
AGUA	35,64
ESGOTO	0,00

Mês Referência	11/2018	COMETIMENTO	26/11/2018	TOTAL A PAGAR	35,64	
NOVEMBRO AZUL: JUNTOS NA LUTA CONTRA O CANCER DE PROSTATA, O DIAGNOSTICO PRECOCE. PRESERVA O SEU FUTURO.						
A falta de pagamento desta fatura no prazo de 05 dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 9º Decreto Lei nº 27.565/2010.						
CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual						
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)						
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fósforo	Coliformes Totais	Coliformes Fe
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	242	67	242		242	
Nº de Amostras Analisadas	450	450	450		450	450
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria (1914/2011)	431	420	444		450	450
Observação: não se aplicam os Critérios de Conformidade						

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 DEZ 2018

Genie Seguradora S/A.
Rua Marum, 760 Loja 03-Aracaju-SE



(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPrensa ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180570684 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO ANDRE DE SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOAO ANDRE DE SOUZA

CPF/CNPJ: 43944108515

Posição em 23-06-2020 10:26:22

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX



Valor da Indenização: R\$00.000,00





Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
23/05/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/05/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qtPP2wL90HQq57IXdGI:api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)
17/05/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/4aOgu2A__qRXIHZqeVt:api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)

13/04/2019	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/BSUHhgoDYTxGr+ujPo6api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)
22/03/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qAr4hUmMV+cu+BZCqBhtapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)
17/02/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eZSoECOKGPneobz2CWapi_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)
11/12/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/d8myV0j7NTqpFJJawaT2api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCaViS7rBIR0BT4DAesArHLV4=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A 

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvat_oficial/)

l%C3%ADder-
dpvat)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- › Mapa do Site (/Mapa-do-Site)



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



CIRURGIA

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA
Hospital de Clínicas "Dr Augusto Leite"

Comunicado de Utilização de Órtese, Prótese e Material Especial (OPME)
CENTRO CIRÚRGICO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: João André de Souza Matrícula: 1039180
Enfermeiro: _____ Convênio: SUS
Diagnóstico: Fratura diafisária do fêmur esquerdo
Procedimento realizado: Redução cirúrgica com fixação
Data da utilização: 12/06/18

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nome: Dr. Roberto Lima
CRM: 1373

IDENTIFICAÇÃO DOS PRODUTOS

Código INSS / SIMPRO	Quantidade Utilizada	Descrição dos produtos
04.08.05.051-9	01	placa AIC largura 4,5
	08	parafusos corticais 4,5mm
	02	parafusos medulares 4,5mm

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Nome: Ortoplex CNPJ: _____
Carimbo e assinatura: _____

CONTROLE DA FARMÁCIA

Data do recebimento: ____/____/____
Farmacêutico: _____

1ª via - Prontuário

2ª via - Fornecedor



3ª via - Farmácia





Lactise
consultas e exames

Relatório Médico.

O Sr. João André do Souza, 43 anos de idade, foi atingido por uma motocicleta em 6/6/18, conduzido pelo SAMU ao HUSC, foi diagnosticado como portador de fratura da diáfise do fêmur e CID S72.3. Fica internado 4 dias e depois é transferido para o H. de Cirurgia, onde submete-se a tratamento cirúrgico e fixação com placa e parafusos.

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO. TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.
Rua Marim, 786 Lj 03-Aracaju/SE



Lactise
consultas e exames

no dia 12/06/2018.

Apesar do bom tratamento,
foram sequeles abaixo cito-
dos:

- (a) Presença de material metá-
lico no fêmur e
- (b) limitação de flexão do jo-
elho e até 90°.
- (c) limitação de extensão de 20°
- (d) necessidade de uma cadeira
de rodas na locomoção.

Perda funcional do membro

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 FEV 2019

Gente Seguradora S/A,
Rua Marim, 766 Loin 03-Aracaju/SE



Lactise
consultas e exames

inferior e de 30%.

Aracaju, 18/12/2018
2018



Dr. Masayuki Ishi
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SE 1276

ESTE RECEITUÁRIO É VÁLIDO APENAS PARA CONSULTAS E EXAMES

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE
www.lactise.com.br Fone: (79) 3253-7200
© Whatsapp: (79) 98112-1117 / 99105-3815 / 98875-6772
MARQUE LOGO SEU PROXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.





**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: 3180570684

Nome do(a) Examinado(a): JOAO ANDRE DE SOUZA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Minervina Barros, 69 - Aracaju/SE - CEP 49087-450

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 1.125.544 - SSP - 13/05/2005

Data e Local do Acidente : 06/06/2018

Data e Local do Exame : 27/03/2019 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 OBLÍQUA (DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL) DO FÊMUR À ESQUERDA.

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

PERICIA DO VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 06/06/2018 E RECEBEU ALTA NO DIA 16/06/2018. O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, A OSTEOSSÍNTESE NÃO FIXOU TODA A FRATURA, A PLACA UTILIZADA FOI PEQUENA, 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 INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+++/+4) COM APOIO DE MULETAS, FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA LINEAR NA FACE LATERAL DA COXA, ATROFIA MUSCULAR DA COXA E PANTURRILHA, CALO ÓSSEO DE MODERADO NA DIÁFISE INTERMÉDIA E DISTAL DO FÊMUR, DOR E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL E DO JOELHO, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4) NO JOELHO, EDEMA COM DERRAME E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO QUADRIL E DO JOELHO

*VISTO RADIOGRAFIA QUE REVELA A FRATURA E OS MATERIAIS DE SÍNTESE (01 PLACA E 09 PARAFUSOS).

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 GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 Nascimento Junior

Manoel Otacilio M
Clínica e Auditoria em
CRM 1827

MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR CRM : 1827 / UF :SE

SINISTRO: 3180570684

À seguradora líder

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 14 FEV 2019 Centro Seguradora S/A R. S. Marinho, 100 - C. 03 - Aracaju - SE

EU, JOÃO ANDRÉ DE SOUZA, inscrito no cadastro de **peças físicas** 439.441.085-15, venho através dessa informa que sofri um acidente de trânsito no dia 06.06.2018, fui socorrido pelo SAMU, conduzido para hospital de urgência de Sergipe HUSE. Onde foi DIAGNOSTICADO FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR ESQUERDO CID 72.3 SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXAÇÃO DE 01 PLACA E 10 PARAFUSOS, ocorre que no dia 13.12.2018 tive uma indenização paga no valor de 2.362,50 valor esse irrisório não condizendo com as sequelas advindas pelo acidente, portanto querer reanálise desse processos assim vejamos.

Embora tenha feito todo tratamento possível cirurgia, repouso, remédios fisioterapia ficaram sequela permanente que levarei para o resto da minha vida assim vejamos:

- **LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO ESQUERDO ATÉ 90°;** não consigo dobrar a perna para levantar da cadeiras de rodas.
- **PRESENÇA DE MATERIAL METALICO FEMUR ESQUERDO E AUMENTO DE VOLUME;** quando compara um perna com a outro existe muita diferença, onde teve a fratura fica inchado, duro e dolorido.
- **LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DE 20°;** não consigo fazer nada sozinho sempre preciso de ajuda, todo movimento em minha perna é de 20%.
- **NECESSIDADE DE CADEIRA DE RODAS PARA LOCOMOÇÃO;**

Por existir sequela, peço a reanálise do processo visto que tudo já mencionado foi diagnosticado como invalidez por um ortopedista Masayuki Ishi CRM-SE 1276. Portanto requer o pagamento do benefício social do seguro DPVAT. Não sendo esse o entendimento da seguradora peço para que seja agendada uma pericia medica com um medico da seguradora para que assim não paire nenhuma duvidas e seja paga a indenização na modalidade invalidez.

Aracaju-Se 11 de Fevereiro de 2019

João André de Souza

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438524/18

Número do Sinistro: 3180570684

Vítima: JOAO ANDRE DE SOUZA

CPF: 439.441.085-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ANDRE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: JOAO ANDRE DE SOUZA
CPF: 439.441.085-15

JOAO ANDRE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438524/18

Vítima: JOAO ANDRE DE SOUZA

CPF: 439.441.085-15

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO ANDRE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOAO ANDRE DE SOUZA : 439.441.085-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/12/2018
Nome: JOAO ANDRE DE SOUZA
CPF: 439.441.085-15

JOAO ANDRE DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018
Nome: LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO
CPF: 008.313.345-33

LEIDIANE ALMEIDA NASCIMENTO