

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: 03/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000001032674-3

Nr. da Autenticação 7D973AABF499CE46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190645901 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA **Data do acidente:** 30/07/2019 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P11

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

NOME:

fon Araçat Am d Santos

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Fr 3 MTC 1º D

PROCEDIMENTO:

Fixação interna

DATA DA INTERNAÇÃO:

13 / 08 / 19

DATA DO PROCEDIMENTO:

13 / 08 / 19

DATA DA ALTA:

13 / 08 / 19

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar talã ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. Contar

no dia

22 / 08 / 19

Dr. Constandio Tavares Jr.
Ortopedista
Cirurgião de Mão
CRM 3691

CITUSIA

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

No. DO BE: 786570
CNS:

DATA: 13/08/2019 HORA: 05:57 USUARIO: ABSOUZA
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA
IDADE.....: 36 ANOS NASC: 15/09/1982
ENDereco.....: ALTO VISTOSO S/N
COMPLEMENTO...: 702907508244675 BAIRRO: POÇO REDONDO
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP...: 49810-000
NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE SANTANA /ALTAGENAS CALDEIRA DE SANTANA
RESPONSAVEL...: ESPOSA TEL...: 9801-35-70
PROCEDENCIA...: POCO REDONDO
ATENDIMENTO...: NAO INFORMADOS
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

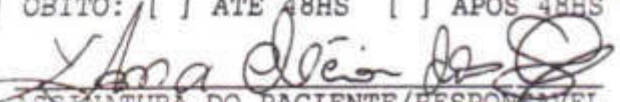
PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT


ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

1. Queixa / Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro: ☒ Busca espontânea () Encaminhamento

reforço

2. Cronologia / Início dos Sintomas:

3. História Progressiva: ☒ CARDIACO ☒ RENAL ☒ HIAS ☒ HDM ☒ TRANS. MENTAL ☒ ALERGIAS

Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA:

P.A.: 90 x 80

F.C.: _____ bpm

TAX: _____ °C

F.R.: _____ irpm

HGT: 90 mg/dL

SatO2: _____ %

RISCO: () AZUL () Verde () AMARELO () VERMELHO

4. RECLASSIFICAÇÃO:

HORA:

P.A.: x

F.C.: _____ bpm

TAX: _____ °C

F.R.: _____ irpm

HGT: _____ mg/dL

SatO2: _____ %

RISCO: () AZUL () Verde () AMARELO () VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

II. ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

III. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

IV. TRIAGEM MÉDICA

- ☐ Sem queixas ou sintomas potencialmente Graves.
 - ☐ Sem alteração na ausculta cardíaca ou pulmonar.
 - ☐ Paciente com perfil de atenção Primária.
- Conforme classificação de risco e as condições observadas acima, encaminhado a UBS.
- Médico:

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 13/08/2019

NOME: Jon Arques Alm de Salame

DIAGNÓSTICO(S): fx d 3 MTC

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Keflin 1 g EV 6/6hs ou Kefazol 1 g EV 8/8hs	
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.	
6º. Omeprazol 40mg vo 1 x dia.	
7º. Nausebron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	
11º. Alta após as <u>12</u> horas com receita e acompanhante	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

fx d MTC lo 15 dias m acidente de voo. Início p/ presc.
dieta 1/ intercorrências. Alta as 12h. Aguardo a liberação

Dr. Constantino Tavares
Ortopedista
Cirurgião de Mão
CRM 360 Médica

Nome

Enfermagem

José Aragão Alôis de Santana

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
13/08/19	15:47	Paciente admitido na SRPA no 1 por fratura 3ª MC de mão direita pelo 1º contêiner, com fratura, edematoso, dolorido. Em uso de AVP com paracetamol em 150 + 150mg e ataduro e 1 furo + cateto tipo Oculo sob fonte de O ₂ em 2L/min, via de boca. Realizando prom- tório completo exames — <i>at Fernando 675773</i>
	15:50	paciente admitido na SRPA no 1 por fratura 3ª MC de mão direita pelo 1º contêiner, com fratura, edematoso, dolorido. Em uso de AVP com paracetamol em 150 + 150mg e ataduro e 1 furo + cateto tipo Oculo sob fonte de O ₂ em 2L/min, via de boca. Realizando prom- tório completo exames — <i>at Fernando 675773</i>
	16:30	paciente monitorizado, e 1. SSVPA = 120 x 77 mmHg Sa ² 100% P = 50 bpm e segue dominado as evoluções da enfermagem — <i>at Fernando 675773</i>
	16:40	paciente acordado, calmo, consciente, ainda em uso de O ₂ , e segue dominado as evoluções da equipe enfermagem + SSVPA = 129 x 84 mmHg, Sa ² 100% P = 59 bpm — <i>at Fernando 675773</i>
	16:50	Realizado O ₂ , paciente acordado, calmo, e re- sponde perguntas — <i>at Fernando 675773</i>
	17:10	paciente encaminhado para leito calmo, cons- ciente, orientado. em uso de VP, em paracetamol 150 + 150mg com (ataduro) 150mg + furo 150mg e ataduro. Via de boca. Realizando prom- tório completo + exames — <i>at Fernando 675773</i>
	17:30	Encaminhado (digo) admitido neste setor procedente do CC, acordado, consciente e orientado.
	18:00	Realizado dieta
	18:30	Sau de alta hospitalar, com be- lão, e segue orientado.

Marcia Cristina de Paula Santos Correa
COREN 228704 - AE

Marcia Cristina de Paula Santos Correa
COREN 228704 - AE

Marcia Cristina de Paula Santos Correa
COREN 228704 - AE

Nome

Enfermaria

José Magalhães Alves de Santana

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	
13/08	08:00	Paciente admitido no C.E. procedente da adm. de saúde, Calmo, consciente, orientado, eugmeico, atrelizado, deambulando, atrelizado, sinais vitais P.A.: 155x96 P: 56 ST: 99% sem alergia medicamentosa e alimentaridade e realizado A.V.P. com gelco 18 em M.S.E. + santologia ————— Tec Ana 564/42 —————
13/08		paciente agitado, p. realizar acur- gão. encaminhado ao punheiro ————— Tec Fernando 6857950 —————
14:30		paciente encaminhado p. sala de cur- gão calmo, consciente, orientado. Em uso A.V.P. em santologia ————— ————— Tec Fernando 6857950 —————
14:32		Paciente admitido na Sala de cirurgia calmo, consciente, orientado, eugmeico, atrel- izado, deambulando em uso de santologia ————— Tec Ana 564/42 —————
14:40		Realizado Bloqueio axilar e Local + sedação por Dr. Alessandra, monitorizado com si- nais vitais P.A. 110x75 P: 57 ST: 98% ————— Tec Ana 564/42 —————
14:50		Início do procedimento, realizado Garrotea- mento por Dr. Fernando, procedimento reali- zado por Dr. Fernando + Int. Gracilene + Dr. co- lôncos ————— Tec Ana 564/42 —————
15:30		Termino do procedimento sem intercorrê- cia, com sinais vitais P.A. 104x70 P: 48 ST: 99%, retirado o Garrote, sem alterações ————— Tec Ana 564/42 —————

HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO
REQUISIÇÃO DE EXAMES
INTERNAMENTO

Nome: Isu Araújo Almeida Lebre

Justificativa: fx 3 mtc

Data: 13/08/15

FEZES		AMILASE
S. DE URINA		ACIDO URICO
ABO E FATOR RH		TGO
HEMOGRAMA COMPLETO		TGP
PLAQUETAS		GAMA GT
TS		BILIRRUBINA E FRAÇÕES
TC		PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES
PROVA DE LAÇO		CREATININA
TP		UREIA
TTPA		LIPASE
RETICULÓCITOS		COLESTEROL
VHS		HDL
MUCOPROTEINAS		LDL
DESIDROGENASE LÁTICA		TRIGLICERIDEOS
CPK		GLICEMIA
CPK-MB		HEMOGLOBINA GLICADA
BHCG		ASLO
VDRL		PCR
COOMBS INDIRETO		LATEX
COOMBS DIRETO		
SÓDIO		
POTÁSSIO		US
CLORO		RX mas B patológico
CÁLCIO		ECG
MAGNÉSIO		
FÓSFORO		
FERRO		
FOSFATASE ALCALINA		

Dr. Carlos
Oliveira
Cirurgião de Mão
CRM 3691
Assinatura e Carimbo do Médico

RJFS

BOLETIM DE ANESTESIA

REGISTRO

UNIDADE:

MÉDICO:

CONVENIO

LEITO:

Jesé Aragão Alves de Santana

DATA

13/08/19

CIRURGIA PROGRAMADA

CIRURGIA REALIZADA

ANESTESIOLOGISTA

TÉCNICA ANESTÉSICA

MEDICAÇÃO PREANESTÉSICA

Alessandra Melo

Bloq. plexo braquial + sedação

R. M. J. S. A. O.

De emergência

AUXILIAR

Lara Fernanda

ASA

I

HORA DE INÍCIO

HORA DE TÉRMINO

ACESSO VENOSO

POSICÃO

14:50

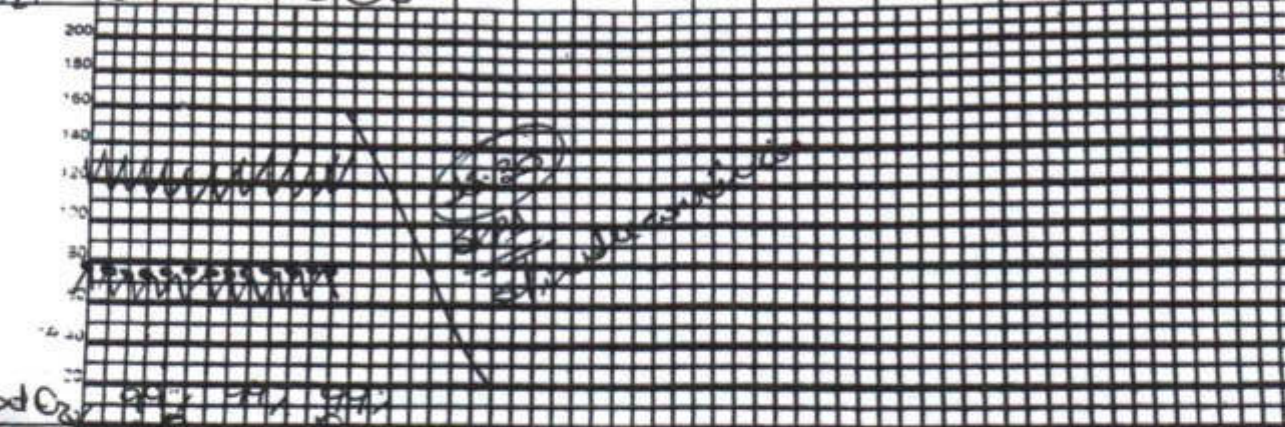
15:30

72 E. T. B.

DDH

15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45

14:50	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
4+2+2+1															
1+1+1															
15ml															
20ml															
35															
10mg															



CEC

OUTROS

R1500 + R1500

MONITORIZAÇÃO

CONDIÇÃO DE ALTA PARA CRPA

MONITORIZAÇÃO				
PA NÃO INVASIVA	x	PVC		
PA INVASIVA		TEMPERATURA		
ELETROCARDIOGRAFIA	x	DIURESE		
OXIMETRIA	x	VENTILAÇÃO		
CAPNOGRAFIA		PAM		

AGENTES ANESTÉSICOS

DOSE

ANTIBIOTICOPROFILAXIA

1. Propofol 1% 9ml	9mg	HOM. Cefazolin 2g
2. Fentanyl 0.05% 2ml	2mg	
3. Lidoc 1% 100ml	15ml	1. Dose as. horas
4. Bupiv. 0.5% 100ml	20ml	2. Dose as. horas
5. Dobutina	50mg	3. Dose as. horas
6. eutamina	10mg	

OBSERVAÇÕES

Dipriona 2g
 Ketorolaco 6mg
 Bexeto 40mg

ENCAMINHADO PARA () UTI (x) UNIDADE

Bloq. de plexo braquial
 (axilar) 5/intercorrências

Alessandra Hora Melo
 Anestesiologista
 CRM 4002

HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jon Ac. pt. Alim. de Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: fr. 3 MTC

CIRURGIA REALIZADA: Ex. art. m. m. m.

CIRURGIÃO: Contador

AUXILIARES: Fernando

ANESTESIA: Local

ANESTESISTA: Almeida

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO: 0 mm

() CIRURGIA LIMPA

() CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI

() CUTÂNEO

() AP. CARDIO - VASCULAR

() OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

Paciente em posição anular

Realizado anel + atenuação + colocação de uma sonda

Realizado exame de m. m. m. de M. M. M.

Realizado exame de m. m. m. + fr. com 2 fr. m. m.

Fluoroscopia. Realizado do ponto

Contador + foto pronta

A. M. M.

DATA: 13/08/19

Cirurgião

Dr. Constantino Tavares
Ortopedista
CRM 3641

19/30

RA MUNICIPAL
REDONDO
MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE INSC.

85882

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

Jose Amadio Alves de Santana

DATA: 30/07/19

DATA DE NASCIMENTO: 15/09/82 SEXO: M

Jose Alves de Santana

Fagner Caldeira de Santana

Alto João Paulo

REFERÊNCIA:

Aguelton

RESPONSÁVEL:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

HANSENIASE ☐
HEMORRAGIA ☐
HEMOFILIA ☐
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐
TUBERCULOSE ☐
TIPO DE SANGUE ☐

EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

300713 - SURTISSA para testes de HIV e
VIA PÚBLICA SUSCITA a marca de 33 no-
TACNA DIALIS

- CO. ① DI LANCIA - 1000 - 51 J
② DI LANCIA - 1000 - 21 J
③ SFO, 87 - 1000 - 51, 28 J
④ 03000000
⑤ NO 00000000

20-30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Jose Aragão A. de Santana

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2039883

-2

2ª Via

DATA DE EXPIRAÇÃO 27/05/2008

NOME

JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

FILIAÇÃO

JOSE ALVES DE SANTANA
ALTAGENAS CALOBEIRA DE SANTANA

PROFESSOR ALCANTARA
PAULO DE ALCANTARA

DATA DE NASCIMENTO

15/09/1982

CERTIDÃO DE NASCIMENTO NR. 5487 LV. 07B FL. 245

CART. DIST. DE P. R. COM DE PORTO DA FOLHA-SE

908-428.515-57



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETTRAN - SE Nº 015544937331
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 Cód. RENAVAM 00327168453 EXERCÍCIO 2019

NOME JOSE MACIEL ACRUJO DOS ANJOS

CPF / CNPJ 032.041.825-17 PLACA N V H 8 9 9 4

PLACA ANT / UF N V H 8 9 9 4/SE CHASSI 9 C 2 K C 1 6 7 0 B R 5 5 4 7 1 3

ESPECIE TIPO PRS/MOTOCICLETA/MENHUMA COMBUSTIVEL ALCO/GRSUL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP / POT / CIL 2P/14CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1º ***** 2º ***** 3º *****

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS OBSERVAÇÕES DBT 30

MOTOR: KC16E7B554713 LOCAL AGNEIR MELO SILVA

POCO REDONDO-SE DIRETOR PRESIDENTE

DATA 12/05/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

SE Nº 015544937331 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 12/05/2019

VIA ## CPF / CNPJ 032.041.825-17 PLACA N V H 8 9 9 4

RENAVAM 327168453 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2011 COL. TIME 9 Nº CHASSI 9 C 2 K C 1 6 7 0 B R 5 5 4 7 1 3

PRÊMIO TARIFÁRIO FMS (R\$) 36,04 DENATRAM (R\$) 4,20 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,25

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA DATA DE QUITAÇÃO 12/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Jose Aragão Alves de Santana
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) laureado , portador da cédula
de identidade RG nº 2039883-2 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 008.426.615-57 , residente na (endereço
completo) Povo Alto Santana , na cidade de
Povo Redondo , (UF) SE , CEP 49.810-00 , nomeio e
constituo meu procurador , (nome do representante) Marcelo D.O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro , (profissão) Consultor , portador da cédula
de identidade RG nº 21233829 , emitido pela SSP / (UF) SE ,
inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00 , residente na (endereço
completo) Rua dos Gileas , na cidade de
Povo da Glória , (UF) SE , CEP 49.680-000 , 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) Jose Aragão Alves de Santana
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

(local e data) Povo Redondo - 14/10/2019

(assinatura) Jose Aragão Alves de Santana
(RG) 2039883-2



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0406061/19

Número do Sinistro: 3190645901

Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

CPF: 008.426.615-57

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 27/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: VERA LUCIA DA SILVA BERTO I
CPF: 675.189.230-68

VERA LUCIA DA SILVA BERTO I

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645901

Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645901

Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 047

Agência: 00000043

Conta: 000001032674-3

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190645901

Vítima: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Data do Acidente: 30/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 02/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banese

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 043 CONTA: 01/032674 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, União São João de Gloria, 15.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 107689/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 09:45 Data/Hora Fim: 14/10/2019 10:06
Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo
Data/Hora do Fato: 30/07/2019 19:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE) Bairro: Centro
Logradouro: Rodovia Estadual SE230 CEP: 49.810-000
Complemento: em frente ao Posto de Gasolina São Jorge
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE ARAGAO ALVES DE SANTANA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AL - Pão de Açúcar Sexo: Masculino Nasc: 15/09/1982
Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Altagenas Caldeira de Santana Nome do Pai: Jose Alves de Santana

Endereço

Município: Poço Redondo - SE
Logradouro: Povoado Alto Vistoso CEP: 49.810-000
Telefone: (79) 9850-7094 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição PAS/MOTOCICLETA/NENHUMA	CPF/CNPJ do Proprietário 032.041.825-17
Placa NVH8994	Renavam 327168463
Número do Chassi 9c2kc1670br554713	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Poço Redondo	Marca/Modelo HONDA/CG 150 FAN ESI
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jose Arago Alves de Santana	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA o noticiante que pilotava uma motocicleta pertence a JOSE MACIEL ARCANJO DOS ANJOS, pela Rodovia estadual SE230, quando nas proximidades do Posto São Jorge, colidiu frontalmente com uma outra motocicleta que parou



Delegado de Polícia Civil: Fabio Santos Santana
Impresso por: Cleber Martins da Silva
Data de Impressão: 14/10/2019 10:07
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE

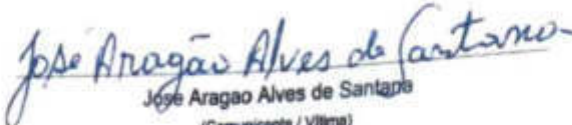


BOLETIM DE OCORRÊNCIA

de forma inesperada. Que devido a colisão sofreu fraturas na mão direita, sendo socorrido e encaminhado para a UPA POÇO REDONDO, e no dia seguinte transferido para o hospital da cidade de Nossa Senhora do Socorro/SE, aonde foi submetido a intervenção cirúrgica. É o relato.

ASSINATURAS


José Roberto de Melo Santos
Cieber Martins da Silva
Agente de Polícia
Unpol Poço Redondo SE
Responsável pelo Atendimento


José Aragão Alves de Santana
(Comunicante / Vítima)

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