

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.282,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO FRANCA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04478

CONTA: 000000018171-7

Nr. da Autenticação D74161E99161215E

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159416 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG.7,10,12,14,15,16,19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

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 DE JOELHO ESQUERDO E
RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDOS MÉDICOS, PÁGINAS 01;02;20;21.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159416

Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS

Data do Acidente: 22/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO FRANCA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.282,50

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =

R\$ 337,50

Recebedor: ANTONIO FRANCA SANTOS

Valor: R\$ 1.282,50

Banco: 104

Agência: 000004478

Conta: 0000018171-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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





NÚMERO DA FICHA

92

Data: 22/12/19 Hora: 22:36

MÉDICO ANA

DIAGNÓSTICO 137

GESTANTE () MAIS DE 24H () TRANSFERÊNCIA (x)

INFORMAÇÕES DO PACIENTE:

CÓDIGO 96

1. Identificação do Paciente

Nome: Antônio França Santos CPF: 04632765535

Cartão do SUS: 706201593095165 Idade: Estado Civil: Sexo (x) Masc. () Fem.

Endereço: POU Ponta de Areia Poetub Data de Nascimento: 14/03/88

Nome da Mãe: Maria Conceição França Município de Nascimento:

Nome do Pai: Tel.:

Ocupação Profissional:

Acidente : Local: Tipo:

Classificação de Risco/ Atendimento do Enfermeiro

Hora: _____

() Vermelho/Atendimento Imediato () Laranja/Muito Urgente (até 10min) () Amarelo/Urgente (até 60min)
() Verde (até 120 min) () Azul (até 240min) Enfermeiro (assinatura e carimbo): _____

() Demanda Espontânea () Encaminhamento () SAMU

2. Anotações de enfermagem e/ou queixa principal:

3. Anamnese Médica:

4. História Progressiva: () DM () HAS () Cardiopatias () Doença Oncológica () Outros _____

5. Alergias: () Não () Sim Quais? _____

6. Tabagista: () Não () Sim Período? _____ Etilista: () Não () Sim Período? _____

7. Uso de medicações contínuas: () Não () Sim Quais? _____

8. SINAIS VITAIS PA mmHg: FC: FR: SpO2:

Peso: Temp: Glicemia mg/dl:

9. Anamnese/ Exame físico:

ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÃO INTESTINAL	REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	RESPIRAÇÃO	PROCEDIMENTOS
Apetite: () Normal () Aumentado () Diminuído	Consciência:	() Espontânea	() Medicação
Via de Administ: () VO () SNG () SNE	() Alerta	() Cateter	() Curativo
() Parenteral () Outras	() Letárgico	() Máscara	() SNG
Presença de: () Náuseas () Vômitos	() Obnulado	() Eupneia	() Lav.intestinal
quantidade	() Torporoso	() Dispneia	() Lavagem gástrica
Abdome: () Pleno () Globoso () Distendido	() Comatoso	() Taquipneia	() Nebulização
() Doloroso a palpação	ELIMINAÇÃO VESICAL	() Bradipneia	() Aspiração
Elim. Intestinal: () Normal () Frequência _____ vezes	() Espontânea () Retenção	() Biot	() Drenagem
() Constipação () Diarreia () Incontinência	() Incontinência () SVD	() Cheyne-Stokes	() Outros
() Outros: _____		() Kussmal	

10. Passagem de sonda: () Alívio () Folley nº.do cateter: _____ () com restrição () sem restrição
Características da diurese: _____ Enf.responsável: _____

11. Preencher ficha de agravos de notificação? () Sim () Não. Qual? _____

12. Dieta: () Normal/Livre () Líquida () Pastosa () Restrita para _____

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 753193

DATA: 23/12/2019 HORA: 18:00 USUARIO: MTSSOUZA

CNS:

SETOR: 02-CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANTONIO FRANCA SANTOS

DOC....: 32529937

IDADE.....: 31 ANOS NASC: 14/03/1988

SEXO...: MASCULINO

ENDERECO.....: POVOADO PONA DE AREIA

NUMERO:

COMPLEMENTO...: BAIRRO:

MUNICIPIO.....: PACATUBA

UF: SE CEP....: -

NOME PAI/MAE...: AGNALDO SANTOS

/MARIA CONCEICAO FRANCA SANTOS

RESPONSAVEL...: O PROPRIO

SUS:706201593095165

TEL....:

PROCEDENCIA...: PROPRIA-SE

ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL..: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

TRAUMA: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

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):

ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

A/HORA	Medicamento	Dosis	Frecuencia	Observaciones
19.05	Medicamento elivradu ef recorta	35568	35568	



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACATUBA - PACATUBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008816/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 23/01/2020 13:38 Data/Hora Fim: 23/01/2020 14:10
Delegado de Polícia: José Luiz Accioly Teixeira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Pacatuba
Data/Hora do Fato: 22/12/2019 21:00

Local do Fato

Município: Pacatuba (SE)
Bairro: Centro
Logradouro: Estrada do Betume

CEP: 49.970-000

Tipo do Local: Via Pública

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

Motivação

Não definido

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO FRANCA SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/03/1988 Idade: 31 anos
Naturalidade: SE - Pacatuba Profissão: Pedreiro
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: MARIA CONCEICAO FRANCA SANTOS Nome do Pai: AGNALDO SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 046.327.635-35
RG - Carteira de Identidade: 32529937

Endereço

Município: Pacatuba - SE
Logradouro: RUA BELA VISTA
Complemento: CASA
Bairro: AREA RURAL
Telefone: (79) 99837-9530 (Celular)

Nº: 467

CEP: 49.970-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Descrição honda cg titan

Placa QKO4012

Número do Motor KC16E6F006977

Ano/Modelo Fabricação 2015/2014

UF Veículo Sergipe

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Veículo Adulterado? Não

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 048.065.895-19

Renavam 01018529311

Número do Chassi 9C2KC1660FR006977

Cor VERMELHA

Município Veículo Aracaju

Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX

Quantidade 1 Unidade

Delegado de Polícia Civil: José Luiz Accioly Teixeira
Impresso por: Rodrigo Freitas Reale
Data de Impressão: 23/01/2020 14:10
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Antonio Franca Santos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACATUBA - PACATUBA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008816/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 08/11/2017

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

ANTONIO FRANCA SANTOS

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

CITA O DECLARANTE QUE, NO DIA 22/12/2019, POR VOLTA DAS 21:00 HORAS, ESTAVA TRANSITANDO COM A MOTOCICLETA DE SUA IRMÃO ANDREZA, DE PLACA QKO4012, RENAVAN 01018529311, CHASSI 9C2KC1660FR006977, PELA ESTADA DO BETUME, QUE LIGA AS CIDADES DE NEÓPOLIS E PACATUBA/SE, QUANDO COLIDIU EM UM BURACO OU EM UMA PEDRA E PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, CAINDO AO CHÃO. QUE, COM A QUEDA, BATEU O ROSTO, MÃO DIREITA, JOELHO E PÉ ESQUERDO. QUE FOI SOCORRIDO POR AMIGOS E POR SEU GENITOR, NO CARRO PARTICULAR. QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL PÚBLICO DE NEÓPOLIS/SE, SENDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL PÚBLICO DE PROPRIÁ/SE. QUE TEVE ALTA MÉDICA NO MESMO DIA. QUE NÃO PAGOU PELOS ATENDIMENTOS PRESTADOS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS. QUE RECEBEU OITO PONTOS CIRÚRGICOS NO ROSTO, UM NO JOELHO E OS OSSOS DA MÃO FRATURADOS. QUE NÃO PASSOU POR CIRURGIA. QUE FOI INFORMADO QUE ALGUNS OSSOS DA SUA MÃO DIREITA COLARAM ENTRE SI. QUE OS MÉDICOS INFORMARAM QUE O MELHOR É O DECLARANTE NÃO FAZER CIRURGIA E SIM FISIOTERAPIA. QUE GASTOU APROXIMADAMENTE R\$ 500,00 (QUINHENTOS) REAIS COM REMÉDIOS E EXAMES. QUE NÃO POSSUI NOTAS FISCAIS DESSAS GASTOS. QUE É HABILITADO. SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Rodrigs Freitas Reale

Agente de Polícia
Matrícula 1084

Responsável pelo Atendimento

ANTONIO FRANCA SANTOS

(Comunicante / Vítima)

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

José Luiz Accioly Teixeira

Delegado de Polícia

Matrícula 597

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159416 **Cidade:** Pacatuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO FRANCA SANTOS **Data do acidente:** 22/12/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º METACARPO DA MÃO DIREITA,
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. PÁG.7,10,12,14,15,16,19

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE

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 DE JOELHO ESQUERDO E
RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: LAUDOS MÉDICOS, PÁGINAS 01;02;20;21.

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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50