

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CICERO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000014099-2

Nr. da Autenticação A0CF9F0E22FB05AA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670924 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CICERO DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/09/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX DIREITO.

FERIMENTO LACERO CONTUSO COM PERDA DE SUBSTANCIA DA REGIÃO MENTONIANA E DO LÁBIO INFERIOR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM PERDA DA ANATOMIA DO LÁBIO INFERIOR E EXPOSIÇÃO CONTINUA DA ARCADA DENTÁRIA INFERIOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NO LÁBIO INFERIOR, RESTRIÇÃO EM APROX 2CM DA ABERTURA DA BOCA. AUMENTO DO VOLUME DA FALANGE MEDIA E DA ARTICULAÇÃO INTER FALANGEANA (CALO ÓSSEO) DESVIO DO HÁLUX NO SENTIDO LATERAL, BLOQUEIO SEVERO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL E CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA..

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO 1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/12/2019

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 leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 3

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=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Jose Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jose Lucas Dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 558.177.185 53

do sinistro de DPVAT cobertura universalidade da Vítima Jose Lucas Dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 a Seguradora Líder-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 Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 29.11.18

Jose Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL
DE POÇO REDONDO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Anamnese e Exame

UNIDADE DE SAÚDE:

UPA 24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

JOSÉ LUIZ dos Santos

DATA:

03/09

PELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 12/03/1964

PAI:

JOSÉ DOMINGOS dos Santos

MÃE: Jurelita Alves Santos

ENDEREÇO: R. PO: Praduarão

REFERÊNCIA: Poço Redondo

PROFISSÃO:

QUADRO AUXILIAR ANAMNESE

ALERGIA ☐

HANSENÍASE ☐

PSICOPATIA ☐

CARDIOPATIA ☐

HEMORRAGIA ☐

TUBERCULOSE ☐

DIABETE ☐

HEMOFILIA ☐

TIPO SANGÜÍNEO ☐

EPILEPSIA ☐

HIPERTENSÃO ☐

DATA:

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONCLUSÃO

03/09 às 12:00 horas

- Paciente com lesão maxila inferior
com perda de tecido labio inferior
e mento
consciente orientado - glasgow 15

- Des. LIZIANE - 03:06min

SF 1500ml IV 500 - 500 - 500

- Planil ☒ 03:35

- Diurico ☒ 03:35

- Difenidramina ☒ 03:46

03:40 FC: 94 -
SAT - 98 -

Dra. Izabel Froz
Médica
CRM 1879

DADOS DO PACIENTE

NOME:

João Emanoel dos Santos

SEXO

☐

FEM.

☒

MASC.

IDADE:

50

ESTADO CIVIL:

ENDEREÇO:

Rovendo Bon Sucesso

FONE:

RESPONSÁVEL:

DESTINO DO PACIENTE:

HUSE

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente motor
chegou 15 pa. 420x50
- perda de todo labio inferior
ferido, com contusão
na região *

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Dipilona
- Profenid

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

- Hiperplasia Bucomaxilar
- Alargamento maxilar
- Placil - 01 IV
SE 500ml ✓

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ:

✓ MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

Isabel Froz

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

Dr^a Isabel Froz
Médica
CRM 1879

HRP - 1000 - 10/05/2010

Unidade Hospitalar

Local e Data

NOME DO PACIENTE: JOSE CLEONILDO DE ANDRADE
DATA DA ENTRADA: 21/09/2019
DATA DA SAÍDA: 23/09/2019

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 (☒) ENFERMARIA (☒) UTI (☐)

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente em internação no HUSE apresentando
permanência na enfermaria e sendo realizado tratamento
para as seguintes condições:
- 01. Apendicite aguda, e após realização de
cirurgia por laparoscopia.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

01/09/19 - Apendicite aguda e realização de cirurgia

EXAMES COMPLEMENTARES:

Exames complementares realizados

MÉDICOS ASSISTENTES:

ANTONIO A. JAVIERES

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (☒) TRANSFERIDO (☐) ÓBITO (☐)

ARACAJU, 30 de 10 de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida

SAMA / HUSE

CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs. Visitado em 08:00

TC Busca
Fluoroscopia

Comunidade de Purgos de

DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 45402

DATA: 01/09/2019

HORA: 06:54

USUARIO: WSANTOS

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CICERO DOS SANTOS DOC...: SEM DOC.
 IDADE.....: 50 ANOS NASC: 00/00/0000 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: POVOADO BOM SUCESSO NUMERO:
 COMPLEMENTO...: SEM DADOS P/SUS BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO.....: POCO REDONDO UF: SE CEP....: 49810-000
 NOME PAI/MAE...: /SEM INFORMACOES
 RESPONSÁVEL...: TRAZIDO PELO SAMU TEL....: NAO INFORM
 PROCEDENCIA...: POCO REDONDO ADO
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: 04:05

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Informe de ferimento em face com perda de substâncias + lesão arterial (E)
 em topografia da zona I, no respectivo o centro esquerdo, em 03h de evolução?
 negado pelo SAMU de Povoado. No exame, estável, com cicatrização evidente.
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: (A) não há mais feridas s/cas (B) ECG IS
 - curva: Arterial ferida (C) respiração espontânea (D) ferimento em região met
 Neve desvio para a esquerda (E) estável hemodinamicamente (F) perda de substâncias +

DIAGNOSTICO: ferimento - face e cervical CID: zona I e zona II (E)

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Soro de 10 de curativo SIC + Curativo

(A) Soro Ictérico

2) Soro N. de C. Phoska

(B) Soro Tiozina

3) Soro A. da B. B. B.

4) Keflex 2g, IV, q. 8h

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 [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Eddeverton B. Dantas
 MR CIRURGIA GERAL HUSE
 CRM 3054

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

(A) Soro de 10 de curativo SIC + Curativo
 (B) Soro N. de C. Phoska
 (C) Soro A. da B. B. B.
 (D) Keflex 2g, IV, q. 8h

REGISTRO: 5415

DATA: 01/09/2019

HORARIO: 06:54

01-09-19

Ch. Plástica

10:20

Poss. vítima de colisão moto x
cerca de Arame lá 14 horas.

Aparenta fratura total de Lábios inferior

com expansão de mandíbula.

já tratado pela CBPF e N.R.S. - Jansen.

cd: Ao Centro Cirúrgico.

Dr. Antônio A. Tavares
Cirurgia Plástica
CRM 4342

11/09/19

Ch. Gen. d

0:59

Procedimento Remoção, Lâmina para Ch. Gen.
Ass: Ch. Gen.

Dr. Elton R. S. Freitas
CRM-SE 8955



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Joná Cícero dos Santos
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trepan. Lábio Superior
CIRURGIA REALIZADA: 1º Tempo Reconstrução Lábio Superior
CIRURGIÃO: Antonio Tavares
AUXILIARES: Aurea
ANESTESIA: Local ANESTESISTA Rodrigo
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
() CIRURGIA CONTAMINADA (X) CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
(X) CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. 2) Amputação, Antisimplicia + Colóq. - C - SF 0,9%
2. Local da Únia
3. 1) Aberto Crânio: Amputação total do lábio superior
4. se estendendo para região membranosa; reposição
5. de pele lábio.
6. 5) Realizado aproximação de novos tecidos
7. + sutura de mucosa com ganchos + S01 de dextro
- 9) curativo.

DATA: 01/09/19

Dr. Antônio A. Tavares
Cirurgia Plástica
CRM 4942

Assinatura do Cirurgião



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Jose Cicero dos Santos

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Lesão labial inferior

CIRURGIA REALIZADA: Retalho fascial

CIRURGIÃO: Ricardo Bruno

AUXILIARES: Bruno

ANESTESIA: Genal

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA

(☒) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Pac em DDM Sob Anestesia genal
 2. Antissepsia + Acepsia
 3. Incisão perilabial em margens laterais e prolongamento
 4. em sulco nasogênio segundo margem prévia
 5. Revitalização de bordos de labio inferior transnecrotico
 6. Revisão hemostática
 7. Avanço de retalhos circunvolvendo perimetro até oclusão de fenda de labio inferior e fixação + sutura.
- Cristina

DATA: 20/09/19

Dr. Bruno Volshi Flórida
Cirurgia Plástica HU/UFSE
MR CRM-SE 6109

Assinatura do Cirurgião

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 5091
Nome.....: JOSE CICERO DOS SANTOS
Documento.....: 1058810 Tipo :
Data de Nascimento: 12/03/1969 Idade: 50 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: JOSE DOMINGOS DOS SANTOS
Nome da Mae.....: JOSELITA ALVES DOS SANTOS
Endereco.....: ASSENTAMENTO CHE GUEVARA 00000 702606733565442
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49810-000
Telefone.....: 000007996105250
Município.....: 2805406 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 45402
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0314
Data da Internacao: 01/09/2019
Hora da Internacao: 10:51
Medico Solicitante: 372.943.538-83 - RENATO DE CARVALHO VIANA
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

A'H resolvida

DADOS DO PACIENTE

NOME: Jose Ciano dos Santos

SEXO ☐ FEM. ☒ MASC. IDADE: 50 ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: Povoado Bon Sucesso FONE: _____

RESPONSÁVEL: _____

DESTINO DO PACIENTE: *HUSE*

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Paciente vítima acidente moto
Glasgow 15 PA. 120x80 PC 76
- Perda de tecido labio inferior e
mento, com em cervical
Anterior - *

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Dipirona
- Profenid - diss + Diclofenaco
- Plasil
- S.R. social mento reia
S.R. 1000 uliv abto

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

- Avaliação BUCA MAXILO
- Avaliação CIRÚRGICA
- Plasil social 01 IV
S.R. social IV

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

* MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Isabel Fm

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS

HEP Poço Redondo

Unidade Hospitalar

P Redondo 01-09.

Local e Data

Vunocung.

Queda de Moto

Nipo TCE

Exp. G = 15

CT 2/2.2 de Fratura e
Sperite

Cervical 2/2 de Fratura e
lesões cere

Alto

Dr. Roberto C. Faria
Médico Neuropsiquiatra
CRM-SE 6688

ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Jose Cicero dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carteira

REGISTRO GERAL 1.058.810

2.VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

18/09/2014

NOME

JOSE CICERO DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSE DOMINGOS DOS SANTOS

JOSELITA ALVES DOS SANTOS

NATURALIDADE

POCO REDONDO-SE

DATA DE NASCIMENTO

12/03/1969

DOC ORIGEM

CT. NASCIMENTO NR 2000 LV A03 FL 101

CPF CART DIST COM POCO REDONDO/SE

558.177.185-53



Desafio do Brasil de Identificar Carlos Marzari

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) José Cícero dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) barbeador, portador da cédula
de identidade RG nº 1.058.810, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 558.177.185-53, residente na (endereço
completo) Roadada Garrete do Valdeomar S/N, na cidade de
Poco Redondo, (UF) SE, CEP 49810-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Marcos de O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Silas nº 217, na cidade de
Itauna - S.º da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, 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) José Cícero dos Santos,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Poco Redondo/SE 27/Novembro/2019

(assinatura) José Cícero dos Santos

(RG) 1.058.810

Selo TJSE 2019 29563008957	
Acesse www.tjse.jus.br/x/HK4892	
Reconheço como verdadeira (s) a (s) firma (s) de <u>José Cícero dos Santos</u>	
Em testemunho da verdade.	
1º Ofício da Comarca de Poco Redondo/SE 27/11/2019	
Sr. (a) Escrevente Autorizado (a) <u>[Assinatura]</u>	

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427919/19

Vítima: JOSE CICERO DOS SANTOS

CPF: 558.177.185-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/09/2019

Titular do CPF: JOSE CICERO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

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

JOSE CICERO DOS SANTOS : 558.177.185-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670924

Vítima: JOSE CICERO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CICERO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670924

Vítima: JOSE CICERO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE CICERO DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190670924

Vítima: JOSE CICERO DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CICERO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

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 leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: JOSE CICERO DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000003893

Conta: 0000014099-2

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.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 558.177.185-53 4 - Nome completo da vítima: José Ricardo dos Santos

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

5 - Nome completo: José Ricardo dos Santos 6 - CPF: 558.177.185-53
7 - Profissão: Lavador 8 - Endereço: R. Garante do Valdeirano 9 - Número: 514 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Pádua Piedade 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.810-000
15 - E-mail: marcosduglaria@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 79.9918-9207

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\$1.000,00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3893 CONTA: 14099 (2) 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.

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 (a) (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 omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a responsabilidade criminal por infração do artigo 259 do Código Penal.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiário ou atestado: 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: Pádua, 29.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Ricardo dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190670924
Nome do(a) Examinado(a): Jose Cicero dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Assentamento Che Guevara, S/N Casa
Area Rural Caninde de Sao Francisco SE CEP: 49820-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1.058.810
Data local do acidente: [01/09/2019]
Data local do exame: [11/12/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FRATURA DE HÁLUX DIREITO.
FERIMENTO LACERO CONTUSO COM PERDA DE SUBSTANCIA DA REGIÃO MENTONIANA E DO LÁBIO INFERIOR.**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR FRATURA DE HÁLUX DIREITO E CIRURGIA PLÁSTICA DE RECONSTRUÇÃO DO LÁBIO INFERIOR.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: 23/09/2019**

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FACE ASSIMÉTRICA COM PERDA DA ANATOMIA DO LÁBIO INFERIOR E EXPOSIÇÃO CONTINUA DA ARCADA DENTÁRIA INFERIOR, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NO LÁBIO INFERIOR, RESTRIÇÃO EM APROX 2CM DA ABERTURA DA BOCA. AUMENTO DO VOLUME DA FALANGE MEDIA E DA ARTICULAÇÃO INTER FALANGEANA (CALO ÓSSEO) DESVIO DO HÁLUX NO SENTIDO LATERAL, BLOQUEIO SEVERO E RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO HÁLUX.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL LEVE CRÂNIO FACIAL.
DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE EM HALUX DIREITO.**

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"

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

Região Corporal (Sequela):

LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

1º DEDO DO PÉ (HÁLUX) - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☒ (X) 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827