

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SILVANA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010017949-5

Nr. da Autenticação 6DEC136763D2DE79

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190575542 **Cidade:** Aquidabã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SILVANA DOS SANTOS **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA (TORNOZELO) A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM DECORRÊNCIA DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 25°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575542

Vítima: SILVANA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SILVANA 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, 16 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575542

Vítima: SILVANA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), SILVANA 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, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190575542

Vítima: SILVANA DOS SANTOS

Data do Acidente: 27/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SILVANA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **SILVANA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001399-4**

Conta: **000010017949-5**

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

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

020.166.825-40 Silvana dos Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Silvana dos Santos CPF: 020.166.825-40

Profissão: Laradeira Endereço: Povoada Quimodinha Número: SIN Complemento: Roca

Bairro: Zona rural Cidade: Braccho Cardoso Estado: SE CEP: 49.860-000

E-mail: marcesduferia@gmail.com Tel (DDD): 79.9918-9207

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

RENDIA 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: 1399 4 CONTA: 17949 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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: Jf. São da Glória 31.07.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

09 SET 2019

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

**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: 3190575542
Nome do(a) Examinado(a): Silvana dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Queimadas, S/N Casa
Zona Rural Graccho Cardoso SE CEP: 49860-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2047812-7
Data local do acidente: [27/03/2019]
Data local do exame: [18/10/2019] 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 EPÍFISE DISTAL DA FÍBULA (TORNOZELO) A ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA NA FRATURA DE FÍBULA (TORNOZELO) POR 60 DIAS, SENDO TROCADA A CADA 15 DIAS PARA REAVALIAÇÃO DA FRATURA.
Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.
Data da Alta: 27/04/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM DECORRÊNCIA DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, E BLOQUEIO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 25°
- 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 MODERADO EM TORNOZELO ESQUERDO.
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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- 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



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070249/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/08/2019 10:27 Data/Hora Fim: 01/08/2019 10:28
Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateio: Delegacia Municipal de Aquidabã

Data/Hora do Fato: 27/03/2019 08:00

Local do Fato

Município: Aquidabã (SE)

Bairro: Povoados

Lugradouro: Rod. SE-180

Complemento: POV. JUREMA

CEP: 49.790-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095 - Auto-lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

Motivação

Outros

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SILVANA DOS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aquidabã

Sexo: Feminino

Nasc: 04/10/1981

Profissão: Do Lar

Estatu Civil: Sem Interposição

Nome da Mãe: Maria Lourença dos Santos

Nome do Pai: João Lídio dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.100.525-40

RG - Carteira de Identidade: 20473827

Endereço

Município: Gracho Cardoso - SE

Lugradouro: POV. QUEIMADINHA

Telefone: (79) 9690-7549 (Celular)

INVESTPREV

09 SET 2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Descrição: HONDA BIZ	CPF/CNPJ do Proprietário: 953.857.395-72
Placa: QKV9417	Renavam: 01085375320
Número do Motor: JC48E2F596053	Número do Chassi: 9C2JC4820FR596053
Ano/Modelo Fabricação: 2016/2313	Cor: VERMELHA
UF Veículo: Sergipe	Marca/Modelo: HONDA/BIZ 125 ES
Modelo: HONDA/BIZ 125 ES	Veículo Autômatado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido
Última Atualização Denatran: 05/05/2016	Situação do Veículo: NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil Paulo José Barbosa da Silva
Impresso por: Paulo José Barbosa da Silva
Data de Impressão: 01/08/2019 10:29
Protocolo nº: 051-2019-00000000

Página 1 de 2

Pe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 070249/2019-A01

Nome Envolvido	Envolvimentos
Silvana dos Santos	Passador

RELATO/HISTÓRICO

Relata a noticiante que no dia, hora e local indicados sofreu um acidente de trânsito; QUE, estava trafegando a bordo do veículo descrito, no momento em que um animal atravessou a pista e ao tentar desviar do animal, perdeu o controle do veículo e acabou sofrendo uma queda; QUE, teve uma fratura no tornozelo esquerdo por conta da queda. Nada mais informou.

ASSINATURAS


Sérgio José dos Santos
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
(Responsável pelo Assurimento)


Silvana dos Santos
(Comunicante / Vítima)

Declaro sob as penas da lei que sou o(a) responsável pelas informações aqui prestadas e por não ter sido responsável pelo presente documento que foi
elaborado por terceiros previsto nos Artigos 339-Deturbação Caluniosa e 340-Corrupção Passiva da Crime da Lei de Contravenção do Código Penal Brasileiro.

INVESTPREV

09 SET 2019

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 411192
CNS:DATA: 27/03/2019 HORA: 09:32 USUARIO: MKOSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SILVANA DOS SANTOS DOC....: 20478127
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 04/10/1981 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: POVOADO QUEIMADINHA DO CARDEAL NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: GRACHO CARDOSO UF: SE CEP....: 49860-000
NOME PAI/MAE...: JOSE LIDIO DOS SANTOS /MARIA IOLANDA DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 79
PROCEDENCIA...: GRACHO CARDOSO-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:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

INVESTPREV

09 SET 2019

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 O. Rosa inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675/00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Silvana dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.166.825/40, do sinistro de DPVAT cobertura unilateral da Vítima Silvana dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.166.825/40, 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		Número	Complemento
<u>Rua dos Seleus</u>		<u>817</u>	<u>Escritorio</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Brasilia</u>	<u>Jr. Sra da Luiza</u>	<u>SE</u>	<u>49.680-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>marcosduferia@gmail.com</u>	<u>49.99189207</u>		<u>79.99252568</u>

Jr. Sra da Luiza 17 de 07 de 19
Local e Data

Jose Marcos de Oliveira Rosa
Assinatura do Declarante

INVESTPREV

09 SET 2019

Silviana da Silva

Paciente relata acidente motociclístico
há cerca de duas semanas com
fratura de málula lateral,
tratada com imobilização, e
com edema local. No momento
em tratamento analgésico e fisioterapia

CID: S92.6



Thiago M. Leal
Ortopedista CRM 4728

01 JUN 2019

INVESTPREV

09 SET 2019

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Clínica: GERAL TURNO: _____NOME: SILVANA JES SANTOSMATRÍCULA: 411197 DATA: 27-03-2019CIDADE: BRACCHO BARROCO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Sª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

SEXO

NASCIDO EM

MATRÍCULA

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA DA GLORIA

No. DO BE: 411192
CNS:DATA: 27/03/2019 HORA: 09:32 USUARIO: MKOSANTOS
SETOR: 04-SALA DE PROCEDIMENTOS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SILVANA DOS SANTOS DOC....: 20478127
IDADE.....: 37 ANOS NASC: 04/10/1981 SEXO...: FEMININO
ENDERECO.....: POVOADO QUEIMADINHA DO CARDEAL NUMERO: 0
COMPLEMENTO...: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: GRACHO CARDOSO UF: SE CEP....: 49860-000
NOME PAI/MAE...: JOSE LIDIO DOS SANTOS /MARIA IOLANDA DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL....: 79
PROCEDENCIA...: GRACCHO CARDOSO-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: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

*Primeira em 10 minutos no hospital depois
da queda após queda de bicicleta, queda e
anotacoes da enfermagem: 1. Simulada*

DIAGNOSTICO:

Tumores no fêmur esquerdo

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Exame 10:10h

Jose Ivan J. Almeida
Aux. Enfermagem
CONVISA 718.172

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Silvana dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

DO BE: 638923

DATA: 27/03/2019 HORA: 15:49

USUARIO: APSCARVALHO

CNS:

SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SILVANA DOS SANTOS

IDADE : 37 ANOS

NASC: 04/10/1981

ENDereco : POV QUIMADAS

COMPLEMENTO : CASA

MUNICIPIO : GRACHO CARDOSO

NOME PAI/MAE : JOSE LIGIO DOS SANTOS

RESPONSAVEL : O PROPRIO

PROCEDENCIA : GRACHO CARDOSO - SE

ATENDIMENTO : QUEDA

CASO POLICIAL : NAO

ACID. TRABALHO : NAO

PLANO DE SAUDE : NAO

VEIO DE AMBULANCIA : NAO

DOC...: 20178127

SEXO...: FEMININO

NUMERO: 00

UF: SE

CEP...: 49860-000

/MARIA IOLANDA DOS SANTOS

TEL...:

TRAUMA: 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:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :
[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Clínica: GERAL TURNO: NOME: SILVANA JES SANTOSMATRÍCULA: 411197 DATA: 27-03-2019CIDADE: BRACCHO CARIOBO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Srª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

Hosp. Municipal de Valença - 1º andar
Dr. Felix

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

Silvana Jes. Santos

SEXO

F

NASCIDO EM

27/03/1979

MATRÍCULA

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

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

paciente com história de hipertensão arterial sistêmica
em uso de medicação de manutenção

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

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Atenção e cuidado da Atenção

DATA DO ENCAMINHAMENTO

27/03/2019

Assinatura

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidez permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Boleto de Ocorrência nº 070249/2019-AC1

Nome do paciente:

SILVANA DOS SANTOS CIN: 2.047.812
2ª VIA SSP/SE

Data de nascimento:

04/10/1981

Data do início do tratamento / Acidente

27/03/2019 12h19, 1ª ATENDIMENTO HOSPITALAR
27/03/2019 DATA DO ACIDENTE.

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

paciente vítima de choque de moto, Trauma por queda, contusão múltipla, Rubor 1º ATENDIMENTO NO HOSPITAL REGIONAL DE PIRASSUNINGUA, ONDE RUBOR ATENDIMENTO E SUPORTE CURATIVO MAIS ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA; FUI SENDO RASURADO DO TUMOR E ONDE TEM O DIAGNÓSTICO DE FIBROSE DO MÚSCULO LÍNGUA. SEM DANO ONDE FUI RECONSTRUÍDA POR O SERVIÇO DE ORTODONTIA EM ITABIRAMA, ONDE FUI SENDO TRATADO COM DIVERSOS CASOS DO TUMOR E

2 - Data / Tratamento Realizado:

27/03/2019

paciente: FUI ATENDIDA NO HOSPITAL REGIONAL DE PIRASSUNINGUA POR FIBROSE. EM ITABIRAMA, LEVOU O RX, E FUI REALIZADO EXAM RADIOLÓGICOS. ONDE CONFIRMAÇÃO A FIBROSE DO MÚSCULO LÍNGUA DO TUMOR LÍNGUA, FUI REALIZADO O TRATAMENTO COM DIVERSOS CASOS DE MÚSCULO LÍNGUA EM ANTE, ONDE NO HOSPITAL REGIONAL DE ITABIRAMA, DEPOIS FUI ORIENTADA, PARA FICAR ACOMPANHANDO NO

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

Serviço Ambulatorial de Apoio Hospitalar de ITABIRAMA, Q1010 5826.

27/03/2019. VISTO EXAME

RASURADO DO TUMOR ESPINHA EM LÍNGUA

11 FIBROSE SEM DANO DO MÚSCULO LÍNGUA DO TUMOR LÍNGUA.

04/10/2019.

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

27.03.2019. 1º Atendimento. HOSPITAL REGIONAL
DE NOVA SERRA DE GLÓRIA

2º ATENDIMENTO HOSPITAL REGIONAL
DE ITABAIANA.

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Paciente tem sequelas funcionais de fratura radioulnar crônica em tornozelo esquerdo
- Paciente tem perda parcial de função de sustentação de peso, tem alguma compressão, perda parcial de equilíbrio em MIE
- Paciente tem perda parcial de função de flexão/ extensão e pronação do PE direito
- Paciente tem perda parcial a força motora extensora de 25/30% com flexão
- Paciente tem perda parcial de função e de força de flexão do tornozelo E

6 - Alta definitiva do tratamento: 08/2019.

7 - Data do Exame do Paciente 04/10/2019.

8 - Segue Exame Anexo
Paciente apresenta sequelas de exames radiológicos realizados no HOSPITAL REGIONAL DE NS DA GLÓRIA, e HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA datados de 29/03/2019, RESILINDO QUE O DIA DO AVALIAR FOI EM 25/10/2019.

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Físico / Exames Complementares:

Nome do Médico Renato Teixeira		Nº do CRM 1450	Fone: (079) 3211-5368	
Endereço Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número 598	Cidade Aracaju	Estado Sergipe	

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

04/10/2019.

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia

Data

Assinatura e Carimbo



INVESTPREV

09 SET 2019

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

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Silvana dos Santos
(nacionalidade) Brasileira, (profissão) Domadora, portador da cédula
de identidade RG nº 2.047.812-7, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.166.825-40, residente na (endereço
completo) Parque Queimadinho, na cidade de
Graccho Landers, (UF) SE, CEP 49860-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose 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 dos Silos nº 217, na cidade de
Vila São da Praia, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios 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) Silvana dos Santos
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Graccho Landers 30.04.19

(assinatura) Silvana dos Santos

(RG) 2.047.812-7

OFÍCIO ÚNICO DE BRACCHOS CARDOSO CARTORIO FREDERICO CIANNI FÓRUM LOCAL Graccho Landers - SE	São validadas as firmas <u>Silvana dos Santos</u> <u>Jose Marcos de O. Rosa</u> Em 30.04.2019
---	--

Selo digital em procedimento Tribunal de Justiça do Sergipe Ofício Único de Graccho Cardoso - Cartório Frederico Cianni São JOSÉ Assine www.tjse.jus.br/

201920015001183
RH44X6



BS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0351023/19

Vítima: SILVANA DOS SANTOS

CPF: 020.166.825-40

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 27/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SILVANA DOS SANTOS

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

SILVANA DOS SANTOS : 020.166.825-40

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: 09/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO