

# 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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON FERREIRA DO AMARAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04089

CONTA: 000000049974-7

---

Nr. da Autenticação 8E1A2A734CC58C52

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190328959 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** AILTON FERREIRA DO AMARAL **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE DIÁFISE DA ULNA E OLECRÂNIO ESQUERDO  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO COTOVELO E ANTEBRAÇO COM PONTOS DE FLUTUAÇÃO E DRENAGEM DE SECREÇÃO, ATROFIA MUSCULAR BRAÇO E ANTEBRAÇO POR DESUSO, BLOQUEIO, SEVERO E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, DOR E EDEMA NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO E EXTENSÃO, FLEXÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO PUNHO E MÃO, COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA.  
MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.  
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 29/05/2019

**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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

**Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190328959**

**Vítima: AILTON FERREIRA DO AMARAL**

**Data do Acidente: 18/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), AILTON FERREIRA DO AMARAL**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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: AILTON FERREIRA DO AMARAL**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000004089**

**Conta: 0000049974-7**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO OMBILETON (IJOINT)

8210-7

PROIBIDO PLASTIFICAR





*Ailton Ferreira do Amaral*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.680.197-8 DATA DE EXPEDICACAO 08/JUN/2010

NOME AILTON FERREIRA DO AMARAL

FILIAÇÃO MANOEL PEREIRA DO AMARAL

E RITA MARIA FERREIRA

NATURALIDADE MEDEIROS NETO -BA DATA DE NASCIMENTO 13/AGO/1967

DOC ORIGEM CAMPINAS SP

TERCEIRO SUBDISTRITO

CC: IV.B201/FLS.202 /N.031784

CPF 21267994843

DELEGADO DIVISÃO DE IDENTIFICACAO

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

INVESTPREV

17 MAI 2019



# 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: 212.679.948-43 Nome completo da vítima: Altamir Ferreira do Amaral

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

Nome completo: Altamir Ferreira do Amaral CPF: 212.679.948-43  
Profissão: servador Endereço: Av. Gov. João Alves Filho Número: 127 Complemento: largo  
Bairro: Centro Cidade: São Miguel do Aleixo Estado: SE CEP: 49535-000  
E-mail: marcondulferia@gmail.com Tel. (DDD): 7999189207

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

### RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou 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, Av. Gov. João Alves Filho 16.05.19

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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 Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190328959  
Nome do(a) Examinado(a): Ailton Ferreira do Amaral  
Endereço do(a) Examinado(a): Av Gov Joao Alves Filho, 127 Casa  
Centro Sao Miguel do Aleixo SE CEP: 49535-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SE ] 39680197  
Data local do acidente: [ 18/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 29/05/2019 ] 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 DIÁFISE DA ULNA E OLECRÂNIO ESQUERDO  
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO**

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE OLECRÂNIO COM PLACA E PARAFUSO E REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA DA FRATURA DE ULNA, E IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSADO DA FRATURA DE TORNOZELO.**  
**Complicações: BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.**  
**BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.**  
**Data da Alta: 08/01/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUIDA (+++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO COTOVELO E ANTEBRAÇO COM PONTOS DE FLUTUAÇÃO E DRENAGEM DE SECREÇÃO, ATROFIA MUSCULAR BRAÇO E ANTEBRAÇO POR DESUSO, BLOQUEIO, SEVERO E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, DOR E EDEMA NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO E EXTENSÃO, FLEXÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO PUNHO E MÃO, COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.**  
**AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°**

- 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 DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO  
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 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 (\*).

☐ ( ) "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):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano: ☐ ( ) 10% residual ☐ ( ) 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 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) 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 RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020554/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/02/2019 16:11 Data/Hora Fim: 21/02/2019 16:30  
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 18/12/2018 23:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Povoado Queimadas

Logradouro: Rodovia Rota do Sertão

Complemento: próximo a entrada do Povoado Cruz das Graças

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AILTON FERREIRA DO AMARAL (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: BA - Medeiros Neto

Sexo: Masculino

Nasc: 13/08/1967

Profissão: Vendedor

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Rita Maria Ferreira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 30680197

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 212.679.948-43

Endereço

Município: São Miguel do Aleixo - SE

Logradouro: Avenida 26 de novembro

Nº: 30

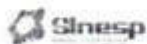
Bairro: Centro

CEP: 49.530-000

Telefone: (79) 99999-8057 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Placa QME-8508	Renavam 01165233620
Ano/Modelo Fabricação 2018/2018	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ailton Ferreira do Amaral	Proprietário
Grupo Animal	Subgrupo Animal Silvestre
Descrição Cavallo	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ailton Ferreira do Amaral	Exibidor



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento  
Impresso por: Matheus Fraga Correa  
Data de Impressão: 21/02/2019 16:30  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

17 MAI 2019



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020554/2019

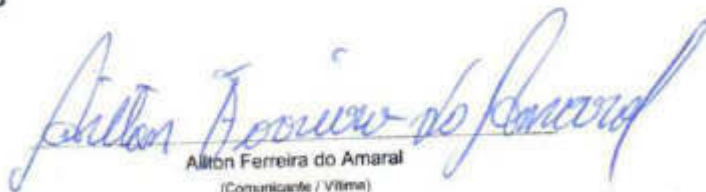
RELATO/HISTÓRICO

Relata que na noite do dia 18/12/2018 estava retornando de um culto na Igreja Congregação Cristã do Brasil localizada no Povoado Fazendinha, neste município e ao retornar para sua residência acabou ocorrendo o acidente. Que um carro que vinha no sentido contrário com o farol alto prejudicou a visualização do comunicante que acabou colidindo num cavalo. Que no momento conseguiu ligar para o Samu e para um irmão da Igreja chamado Aderbal. Que foi levado para o Hospital de Itabalana, mas como não tinha cirurgião foi encaminhando para o HUSE em Aracaju. Que ainda se recupera da cirurgia sofrida no braço esquerdo para colocação de platina. Além da grave lesão no braço sofreu uma fratura no tornozelo esquerdo.

ASSINATURAS



Matheus Fraga Correa  
Responsável pelo Atendimento

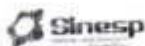


Alton Ferreira do Amaral  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (são) único(s) responsável(is) pelas informações acima levantadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

17 MAI 2019



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento  
Impresso por: Matheus Fraga Correa  
Data de Impressão: 21/02/2019 16:30  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



# 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: 212.679.948-43 Nome completo da vítima: Altam Ferreira do Amaral

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

Nome completo: Altam Ferreira do Amaral CPF: 212.679.948-43  
Profissão: Servador Endereço: Av. Gov. João Alves Filho Número: 127 Complemento: casa  
Bairro: Centro Cidade: São Miguel do Aleixo Estado: SE CEP: 49535-000  
E-mail: marcondesferia@gmail.com Tel. (DDD): 7999189207

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

### RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: 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, São João de Queiroz 16.05.19

Nome: CPF:

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

INVESTPREV

Assinatura  
17 MAI 2019

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.



A3-3

Obs 06 de p/ ALP

MS/DATUSUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349  
CNS:DATA: 19/12/2018  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:29 USUARIO: MAGLIVEIRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AILTON FERREIRA DO AMARAL DOC...:  
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 13/08/1967 SEXO...: MASCULINO  
 ENDereco.....: AVENIDA 26 DE SETEMBRO NUMERO: 123  
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....:  
 NOME PAI/MAE...:  
 RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE TEL....: 79-99966.6  
 PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO 439  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (Walter) - 5555-5555  
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: \_\_/\_\_/\_\_

Paciente trazido pelo SAMU em protocolo vítima de colisão moto-carro. Não usava capacete, relatou sempre em ambulância e queixa-se de dor em cotovelo E e punha E. E HAS, nega DM, alergias. Nega síncope ou náuseas.

Paciente do SAMU que foi feito duplamente e preferiu

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ao exame: A via aérea livre. B levemente, Sol 49, c f e s seg. sem flacidez, pele elástica, 2 g e g e 15, e ureterais em punha E e relato pelo SAMU de grande edema em cotovelo E, no momento imobilizado.

## DIAGNOSTICO:

INVESTPREV

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

17 MAI 2019

1) Rx de membros superiores E em AP e perfil

2) Rx de punha E em AP e perfil

3) Av da ortopedia

4) Av da NCR

Ana Carolina C. Moura  
 Médica Residente  
 Cirurgia Geral - HUSE  
 CRM 5621

REGISTRO: *Pedi col. l. l. l.*  
*Te de cr. l. l. l.*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

[ ] EVASAO [ ] RESISTENCIA

Técnico: *Walter*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MÉDICO: *Walter*

HUSE  
 ELETROCARDIOGRAMA  
 EXAMES REALIZADOS  
 DATA: 19/12/18  
 HORA: 02:34  
 Assinatura: *Walter*

EXAME DE 19/12/18  
 REALIZADO: 19/12/18  
 AS: 02:34



NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Silton Ferreira de Amaral  
19/12/2018  
08/01/2019

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 vítima de acidente de moto, trazido pelo SAMU em ambulância, com emenda e dor em cotovelo e perna. O Rx mostrou fratura de cotovelo e tornozelo (de tratamento conservador). Após avaliação clínica foram realizados: tor, submetido a fixação da fratura de ulna e luxação do cotovelo com fixação interna com placa e parafusos e fios de Kirsch. Avaliação bem e sem alto hosp. Tal.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Redução e fixação interna e/ placa e fio de Kirsch do cotovelo e ulna.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx membro superior E/ Perna E  
TE cranial / cervical  
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco Vasconcelos  
Dr. Rafael Gonçalves  
Dr. Vitor Tavares  
Dr. Sérgio Calaf  
Dr. Rodrigo Almeida  
Dr. Victor Tavares

INVESTPREV

17 MAI 2019

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

ARACAJU, 25 de

junho de 2019

Ana Luiza Pinheiro Barreto  
Especialista em UTI  
C.R.F. 138.878-90-53 CRM 789

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



A3-3

NXX 7

DU. B...

Obs 6 de p/NER

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349  
CNS:DATA: 19/12/2018  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:29 USUARIO: AAOLIVEIRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AILTON FERREIRA DO AMARAL DOC....:  
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 13/08/1967 SEXO...: MASCULINO  
 ENDereco.....: AVENIDA 26 DE SETEMBRO NUMERO: 123  
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....:  
 NOME PAI/MAE...:  
 RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE TEL....: 79-99966.6  
 PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO 439  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (motociclista) 5635 56 56  
 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Paciente trazido pelo SAMU em protocolo vítima de colisão moto-veículo. Não usava capacete, piloto sofreu em ambulância, e queixa-se de dor em cotovelo E e perna E. E HAS, não tem alergias. Não síncope ou náusea.

Piloto do SAMU que foi para diplopia e profundidade

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: de exame: A via aérea patula, B brônquios, Sot 49, CFC 2 seg, sem flacidez, pele rosada, 2 glicose 15, e exames em perna E e cotovelo pelo SAMU de grande edema em cotovelo E, no momento imobilizado

## DIAGNOSTICO:

CID:

## PRESCRICAO

## HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de membro superior E em AP e perfil

2) Rx de perna E em AP e perfil

3) An. da ortopedia

4) An. da NCR

Ana Carolina C. Moura  
Médica Residente  
Cirurgia Geral - HUSE  
CRM-SE 5621

FONTOGRAFIA

REGISTRO: TC de cotovelo

Data: 19/12/18

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL: (SETOR):

HORA DA SAIDA: :

[ ] EVASAO [ ] RESISTENCIA

Técnico: M...

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

QUANDO EM: / /  
HORAS: : :  
MINUTOS: : :  
SEGUNDOS: : :  
LOCAL: / /

HUSE  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES REALIZADOS  
DATA: 19/12/18  
HORARIO: 02:34  
SUTURA

EXAME DE TENDÃO  
REALIZADO EM: 19/12/18  
AS: 02:34





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: A. M. Ferreira do Amaral  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: frat. ulna @ + luxação cotovelo  
CIRURGIA REALIZADA: RDP + Redução luxação e oclerização  
CIRURGIÃO: Sergio Cabral  
AUXILIARES: Vicente V.  
ANESTESIA: Gen ANESTESISTA: Jose M.  
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 mesmo

☒ CIRURGIA LIMPA ( ) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
( ) CIRURGIA CONTAMINADA ( ) CIR. INFECTADA  
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM (X) NÃO

#### TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

#### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Paciente em DDH sob overtop
- ② Quil. sepsia + comp. + gase
- ③ Acesso direto ao ulna e extensão até o cotovelo
- ④ Redução aberta e fixação interna
5. phco + perfus e oclerização do cotovelo
6. c/ FK perfus
- ⑦ Cont. h. fluoroscopia
- ⑧ Limpeza
- ⑨ S. + a. + curativo + fob
- ⑩ D. SRPA

DATA: 05/01/12

Dr. Sergio Cabral  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Mão e Joelho  
CRM 3385

Assinatura do Cirurgião



