

# 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>

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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,



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESPOSTA	30.680.197-8
GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO: 08/JUN/2010
NOME	AILTON FERREIRA DO AMARAL
FRAÇÃO MANOEL PEREIRA DO AMARAL	
E RITA MARIA FERREIRA	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
MEDEIROS NETO -BA	13/AGO/1967
DOC. ORIGEM: CAMPINAS SP	
TERCEIRO SUBDISTRITO	
CC: LV.B201/FLS.202/N.031784	
SPF 212679948	
LEI N° 7.116 DE 29/06/83	



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:

Nome completo da vítima:

212.679.948-43 Altam Ferreira do Amaral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CEP:

212.679.948-43

Profissão:

Jardineiro Av. Gov. Jead Alves Filho

Número:

127 casa

Bairro:

Centro

Cidade:

São Miguel do Sul

Estado:

SE

CEP:

49535-000

E-mail:

marcondesferreira@gmail.com

Tel. (DDD):

2999189207

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO:  RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA**

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

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

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 sorridente 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 Lider 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 Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou Nascimento (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

59.690.000.16.05.19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

INVESTPREV

Assinatura

17 MAI 2019

2º | 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 RODO, 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 GESSIONADO 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 DIMINUÍDA (+++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO COTOVELO E ANTEBRAÇO COM PONTOS DE FLUTUAÇÃO E DRENAGEM DE SECRECÃO, 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, PRONACÃO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

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

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 susceptíveis 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  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% 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

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 Júnior*  
Manoel Otacilio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
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

Nº: 30

Logradouro: Avenida 26 de novembro

CEP: 49.530-000

Bairro: Centro

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
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Ailton Ferreira do Amaral	Proprietário
<b>Grupo: Animal</b>	<b>Subgrupo: Animal Silvestre</b>
<b>Descrição: Cavalo</b>	<b>Situação: Envolvido</b>
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
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 Itabaiana, 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

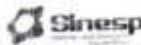
Matheus Fraga Correa  
Responsável pelo Atendimento

Alilton Ferreira do Amaral  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (não) uníco(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que prometo responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 339-Condenação Culposa e 340-Condenação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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:

Nome completo da vítima:

212.679.948-43 Altam Ferreira do Amaral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

CPF:

212.679.948-43

Profissão:

Endereço:

Número:

127 casa

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

49535-000

E-mail:

Sítio Miguel do Alves

SE

Tel. (DDD):

2999189207

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sorridente 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 Lider 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 Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou Nascimento (vai nascer):  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

59.690.000.16.05.19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

INVESTPREV

Assinatura

17 MAI 2019

2º | 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 RODO, 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

05620/ALP

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349  
CNS:DATA: 19/12/2018 HORA: 01:29 USUARIO: MOLIVEIRA  
SETOR: 06-SUTURA

ALD

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: AILTON FERREIRA DO AMARAL  
 IDADE: 51 ANOS NASC: 13/08/1967  
 ENDERECO: AVENIDA 26 DE SETEMBRO  
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP: -  
 NOME PAI/MAE: /  
 RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE TEL.: 79-99966.6439  
 PROCEDENCIA: SAO MIGUEL DO ALEIXO  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (contato) DE 30, 60, 90  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOS 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, relata lesões em ambulância e queixa-se de dor em colo do E e perna E. EHAS, ruga BM, alergias. Ninguém responde ou notou

Paciente do SAMU que foi feito duplo exame e profissional ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: Ao exame: A via aérea livre, B levo. Voz, Sotão, C fco. seg. vco. flaco, pulmões, e gurgel, e secreções em pecto e relato pelo SAMU de grande edema em colo do E, no momento imobilizado

DIAGNOSTICO:

INVESTPREV

CID:

PRESCRIÇÃO

17 MAI 2019

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de mordida superior E em AP e perfil

2) Rx de perna E em AP e perfil

3) Av. da ortopedia

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

4) Av. da NCR

REGISTRO:

DATA DA SAIDA: / /

Pedi adml

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

Rx da crm-16

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL: (SETOR):

[ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

Técnico: / /

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

NOME: ALDO  
HORAS: 01:29

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

EXAME DE 19/12/18  
REVISÃO: 19/12/18  
02:34

HUFE  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES REALIZADOS  
DATA: 19/12/18  
HORAS: 01:29  
Suzana



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Ailton Ferreira de Amorim

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  
recebido pelo SAMU em preceito com ferimento  
e dor em estômico e perna E. O Rx  
mostrou lesões de estômico e tornozelo  
(de tratamento conseguindo). Os TC Cintil  
clínico foram normais. Foi submetido  
a retomada da ferida de abdome e  
luxação do estômico com fixação interna  
com placas e parafuso e fios de Kirsch.  
Ver no anexo o seu informe.  
Encontra bem e seu alto hospital.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Reduz e fixa interna e/ou placa e/ou  
parafuso da luxação e abdome.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx membros superiores E / Perna E  
TE exames / cintilograma.  
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco Vareconcelos  
Reinaldo Gracilis

Dr. Henrique Taylors

Dr. Sergio Callegari

Dr. Rodolfo Alencar

Dr. Wictor Tufarelli

INVESTPREV

17 MAI 2019

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 25 de Janeiro de 2019

André Luiz Pinheiro Barreto  
Especialização em UCI  
CIF 138.476.655-3 CRN 78

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Dr. Henrique P. B. L

A3-3

DU. GOVERNADOR

05625/VER

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349 DATA: 19/12/2018 HORA: 01:29 USUARIO: AAOLIVEIRA  
 CNS: SETOR: 06-SUTURA

## 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) (cont.) 5639 5625  
 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, relata lesões em ambulância e queixa-se de dor em colo do E e perna E. EHAS, ruga dm. alegou. Ninguém respondeu ou notou

Piloto do SAMU que foi feito despejado e preferiu  
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: De escuro. A via aérea aberta. B braço direito, Sest 49, e ferida seg. de flaco, pelo estorvo, e escoriações, e escoriações em perna E e relato pelo SAMU de grande edema em colo do 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 OP e perfil

3) Av. da ortopedia

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

4) Av. da NCR

PROMOTOR:

REGISTRO:

Data:

Horas:

EVASAO:

Técnico:

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] 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

QUEADO EM / /  
 HORA: / /

## ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE 12/12/18  
 REALIZADO EM 19/12/18

AS 02:34

HUSE  
 ELETROCARDIOGRAMA  
 EXAMES REALIZADOS  
 DATA 19/12/18  
 HORA 00:00h  
 DIA 19/12/18 Sábado



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE**

**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**

PACIENTE: D. M. Ferreira do Amaral  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura @ + luxação obturada  
 CIRURGIA REALIZADA: RDF + Redução luxação e osteosíntese  
 CIRURGIÃO: Sergio Cabral  
 AUXILIARES: Victor Vaz  
 ANESTESIA: Geral ANESTESISTA Jose M.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O mesmo

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

**DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

- ① Paciente c DDH sob orientação
- ② Desessepse + comp + gaveta
- ③ Acesso direto o uso de extase aty osteosíntese
- ④ Redução aberta e fixada int. e
5. profuso + parafuso e osteosíntese aberto
6. C PK
7. Coluna luxação
8. Limpeza
9. Sutura + curativo + fdb
10. D SRPP

DATA: 03/01/12

Dr. Sérgio Cabral  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Cirurgião de Ortopedia e Colovelo  
 CRM: 3380

Assinatura do Cirurgião

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS	SUCÇÃO		Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
	ABDOMINAL		Nº		PIZZER	Nº		KHER	Nº
	BLAKE		Nº		OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:	
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE		Nº	SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:	
PASSADA POR					ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS			
SINAIS VITais									
FC (BPM)	57	57							
SpO2 (%)	99	99							
EPICO2 (mmHg)									
PA (mmHg)	122	83	124	92					
PAI (mmHg)									
FR (RPM)	11	15							
TEMP (°C)									
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM									
HORA	REGISTRO					ASSINATURA			
05/01/19	Paciente admitido em 50 I paciente da enfermaria, calmo, acalmo tico, br. clérigo, sup. nélco, interbatizante, concorrente, afibril em 160 de cip com hidroclor. de com hidroclor. de propantheline 30 db e perico. E não pôr submetendo a traçamento cirúrgico com cuidado de DR singular, em mai.								
14:00	Paciente posicionado em mesa cirúrgica. Realizado anestesia geral por DR ze. Mônica. Introduzido tubo intubado 7,5 com succino.								
14:20	Micolor do procedimento.								
15:30	Paciente em trans-operatório magneto heman. maciamente cirúrgica								
16:00	Paciente no do procedimento								
16:05	Paciente em caminha do piso 5R PA extubado aspirado com cip com mola de goma e curarico em regiao cirúrgica tec jeso 1652448								

INVESTPREV

17 MAI 2019

ENCAMINADO PARA: