
Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605317

Vítima: MICHELE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MICHELE LIMA 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, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605317

Vítima: MICHELE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MICHELE LIMA 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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605317

Vítima: MICHELE LIMA SANTOS

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MICHELE LIMA 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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: MICHELE LIMA SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001124-X

Conta: 000010019570-9

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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 053-686-375-00 4 - Nome completo da vítima: Michele Lima Santos

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

5 - Nome completo: Michele Lima Santos 6 - CPF: 053-686-375-00
7 - Profissão: Camaradeira 8 - Endereço: PCA Agric Pedro Barbosa 9 - Número: 422 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Nossa Senhora Aparecida 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49590-000
15 - E-mail: marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1124 (Informar o dígito se existir) CONTA: 19570 (Informar o dígito se existir) 7

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Nossa Senhora da Glória; 25.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Michele Lima Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 1124-X - RIBEIROPOLIS (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/1333-10, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: MICHELE LIMA SANTOS, inscrito(a) no CPF sob o nº 053.686.375-00, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de ITABAIANA SE, nascido(a) em 16/05/1990, filho(a) de FRANCISCO ENOQUE BARBOSA SANTOS e MARINEUSA LIMA SANTOS, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 34539026, emitido(a) em 24/04/2017, pelo(a) SSP SE, estudante, endereço residencial: PRACA PEDRO BARBOSA 422, CENTRO, NOSSA SENHORA APARECIDA - SE, CEP 49.540-000, telefone(s) (79) 99915-4638, solteiro(a), união estável com ANDERLAN DIAS DOS SANTOS, CPF nº 068.279.705-74.

Dados da conta

Agência 1124-X, Conta-Corrente nº 19.570-7, Poupança Ouro nº 510.019.570-X, Poupança Pouplex nº 960.019.570-1, conta individual, aberta em 02.09.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

**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: 3190605317
Nome do(a) Examinado(a): Michele Lima Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Pça Agric Pedro Barbosa, 422 Casa
Centro Nossa Senhora Aparecida SE CEP: 49540-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / BA] 3.453.902-6
Data local do acidente: [19/07/2019]
Data local do exame: [06/11/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE PATELA E LESÃO CONDILAR DA ARTICULAÇÃO FEMORO PATELAR A DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO INCRUENTA DA LUXAÇÃO DE PATELA E IMOBILIZAÇÃO NÃO GESSADA.
Complicações: BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 19/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO (SUTURA), MUSCULATURA EUTRÓFICA NA COXA E PANTURRILHA, DOR, CREPITAÇÃO E LEVE BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 40°
CIRCUNFERÊNCIA DA COXA 41 CM E DA PANTURRILHA 34 CM A DIREITA.
CIRCUNFERÊNCIA DA COXA 41 CM E PANTURRILHA 34 CM A ESQUERDA.
PERICLADA POUCO COOPERATIVA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL LEVE EM JOELHO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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 | 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 do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 053.686.375-00 4 - Nome completo da vítima: Michelle Lima Santos

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

5 - Nome completo: Michelle Lima Santos 6 - CPF: 053.686.375-00
7 - Profissão: Barreadora 8 - Endereço: PCA Agric. Pedro Barbosa 9 - Número: 422 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mossa Senhora Aparecida 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49540-000
15 - E-mail: marcondesgloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 1124 ☒ CONTA: 19570 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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascido/falecido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Mossa Senhora da Glória, 25.10.2019

Michelle Lima Santos
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Contratado: (I) **Banco do Brasil S.A.**, com sede em Brasília, Distrito Federal, por sua agência 1124-X - RIBEIROPOLIS (SE), inscrita no CNPJ nº 000.000/1333-10, (II) **Associação de Poupança e Empréstimo - Pouplex**, CNPJ nº 00.655.522/0001-21, sociedade civil sem fins lucrativos, com sede em Brasília, Distrito Federal, na qualidade de gestora do produto da Poupança Pouplex, doravante denominada **Pouplex**, por intermédio do **Banco do Brasil S.A.**.

Proponente/Contratante 1: MICHELE LIMA SANTOS, inscrito(a) no CPF sob o nº 053.686.375-00, capaz, sexo feminino, brasileiro(a), natural de ITABAIANA SE, nascido(a) em 16/05/1990, filho(a) de FRANCISCO ENOQUE BARBOSA SANTOS e MARINEUSA LIMA SANTOS, portador(a) do(a) carteira de identidade nº. 34539026, emitido(a) em 24/04/2017, pelo(a) SSP SE, estudante, endereço residencial: PRACA PEDRO BARBOSA 422, CENTRO, NOSSA SENHORA APARECIDA - SE, CEP 49.540-000, telefone(s) (79) 99915-4638, solteiro(a), união estável com ANDERLAN DIAS DOS SANTOS, CPF nº 068.279.705-74.

Dados da conta

Agência 1124-X, Conta-Corrente nº 19.570-7, Poupança Ouro nº 510.019.570-X, Poupança Pouplex nº 960.019.570-1, conta Individual, aberta em 02.09.2019.

PACOTE DE SERVIÇOS: O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m) ter conhecimento de que pode(m) optar por:

- a) **ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo **Banco do Brasil S.A.** na forma da Carta Circular BACEN nº 3.594, de 22/04/2013, por meio do Termo de Adesão a Pacote de Serviços de Conta de Depósitos – Pessoa Física, anexo a esta proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- b) **ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- c) **NÃO ADERIR** a um pacote de serviços, ciente de que: (a) poderá utilizar serviços e tarifas individualizadas; (b) fará jus sem ônus aos SERVIÇOS ESSENCIAIS, estando sujeito à cobrança, de acordo com a tabela de tarifas divulgada pelo **Banco do Brasil**, pelos serviços avulsos utilizados que ultrapassarem as quantidades tidas como SERVIÇOS ESSENCIAIS ou que não sejam considerados SERVIÇOS ESSENCIAIS.

Declarações e autorizações

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** identificado(s) propõe(m) e o **Contratado** aceita a abertura de Conta-Corrente e/ou conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) e de pleno acordo com as disposições contidas nas Cláusulas Gerais do Contrato de Conta-Corrente e Conta de Poupança Ouro e/ou Poupança Pouplex, registrado no Cartório do 1º Ofício de Registro de Títulos e Documentos da cidade de Brasília (DF), sob o microfilme nº 950.232, em 13/12/2018, que integram este contrato, e também, com as Informações Essenciais – Conta-Corrente e Conta Poupança, formando um documento único e indivisível, foi previamente disponibilizada ao(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** por meio de Mensagem SMS ou e-mail ou via física e, a partir do ato da assinatura deste instrumento, estará disponível para consulta, a qualquer tempo, no sítio do **Banco do Brasil** na internet (www.bb.com.br), na opção autoatendimento, e/ou no aplicativo do **Banco do Brasil** no celular.

O(s) **Proponente(s)/Contratante(s)** declara(m)-se ciente(s) de que, a qualquer momento, poderá(ão) ou cancelar o pacote atual, ou aderir outro pacote de serviços, dentre aqueles disponibilizados pelo BB, mediante assinatura de novo Termo de Adesão a Pacote de Serviços.

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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MICHELE LIMA SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01124-X

CONTA: 000010019570-9

Nr. da Autenticação CE03CBA657A47212

Nome do Cliente

FRANCISCO ENOQUE SANTOS

CPF

000.000.000-00

Endereço

FCA AGRIC PEDRO BARBOSA, 422, NOSSA SRA APARECIDA, 49540-000

Número do Recibo

528005/00268

Data de Emissão

09/09/2019

Número do Recibo

A17N099552

Descrição do Serviço

RES: 1

 Leit. Anterior 288
 Leit. Atual 315
 Consumo Faturado (m³) 17
 Média de consumo (m³) 15
 Ocorrência de Leituras
 Data da Leit. Anterior 06/08/19
 Dias de Consumo 32
 Média diária (m³) 0,4
 Previsão para Prox. Leit. 09/10/19

HISTÓRICO DE CONSUMO

PER	(m³)
08/19	00024
07/19	00012
06/19	00010
05/19	00016
04/19	00019
03/19	00014

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
 COFINS: 7,54 PASEP: 1,84

Serviço

AGUA

ESGOTO

Valor

96,82

080 MULTA P/IMPONTUALIDADE

0101 08/2019

0,00

091 JUROS DE MORA

0101 06/2019

2,11

094 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

0101 06/2019

0,25

0,03

Mês Referência

09/2019

VENCIMENTO: 18/09/2019

TOTAL A PAGAR R\$

99,21

SETEMBRO AMARELO: MÊS DA PREVENÇÃO AO SUICÍDIO. SUA VIDA É A MELHOR ESCOLHA!

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.

 CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 - SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agencyvirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 - Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Flor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	17	10	17		17	
Nº de Amostras Analisadas	20	20	20		20	20
Nº de Amostras em Conformidade com a Norma	19	19	20		22	20

Fonte: Automação de Dados

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SILOS 2217 / CASA A - SILOS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE - CEP: 49200000 (49-420)

Logotipo: BIFÁSICO
Código: RES MTC 81 / RES CENAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S-430-340-1391 Referência: Out / 2019
Medidor: 8800048123 Emissão: 10/10/2019



ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S.A.
Rua Min. Agostinho Sales, 81 - Início Estufa
Aracaju / SE - CEP: 49040-180
CNPJ: 12.917.462/0001-40 Insc. Est: 276.787.498
Nota Fiscal e Conta de Energia Eletrônica Nº 017.550.311
Cód. para Dto. Automático: 00009127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAB
* Out / 2019	10/10/2019	08/11/2019	020.002.675-00

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

Canal de contato

Contate a Osa, nosso representante virtual de WhatsApp?
Ele pode te ajudar com informações sobre energia,
enviar a segunda via da conta de energia
e aceitar pedido de ligação.
Salve nosso número e não chame sempra que precisar.
16 99101-0718

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/09/19	8421	10/10/19	8509	30
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Base
0001 Consumo em kWh	88,78	0,00	88,78	0,00
0001 Adic. B. Verifica	0,31	0,00	0,31	0,00
0001 Adic. B. Amarela	0,64	0,00	0,64	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 JUROS DE MORA 09/2019	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 MULTA 09/2019	0,00	0,00	0,00	0,00
0001 REST. BANC. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item: TOTAL 88,78 0,00 17,57 70,75 0,69 2,22
Tarifas e Tributos: 0,000000

Medida adotada (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
80	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Sep/19

RESERVADO AO FISCO

7c58.c680 aaef.17a8.26de.123e.3e3e.d825.

Indicadores de Qualidade

Índice de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIAGNÓSTICO TRIMESTRAL	0,00	NOMINAL
DIAGNÓSTICO ANUAL	0,00	CONTRATADA
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	0,00	LAJES INFERIORES
DIAGNÓSTICO ANUAL	0,00	LAJES SUPERIORES
DIAGNÓSTICO SEMESTRAL	0,00	LAJES SUPERIORES
DIAGNÓSTICO ANUAL	0,00	LAJES SUPERIORES

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Energia de 220V em Energia de 110V	18,00	22,36
Perdas de Energia	28,14	35,08
Serviço de Transmissão	3,75	4,65
Energia de 110V	3,75	4,65
Impostos Diretos e Encargos	31,10	38,80
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,58	100,00

Valor de 220V (R\$) 17,57

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade pela contagem pública é da Prefeitura do município.

Faturas em atraso

Faturas em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.002.675-00
RUA DOS SILOS 2217 / CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE - CEP: 49200000

Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
30878930003408857	000912787201910	17/10/2019	R\$ 80,51	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUIÇÃO ENERGIA S.A. CNPJ: 12.917.462/0001-40
RUA MIN. AGOSTINHO SALES, 81 - INÍCIO ESTUFA - ARACAJU / SE - CEP: 49040-180

Agência / Código do beneficiário: 3084-0178003-4



Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 José Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.625 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Michelle Lima Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.686.325 / 00,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Michelle Lima Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.686.325 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Dos Silos</u>	Número: <u>217</u>	Complemento: <u>Casa - A</u>
Bairro: <u>Silos</u>	Cidade: <u>Nossa Senhora da Glória</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: <u>marcosdegloria@gmail.com</u>	CEP: <u>49680-000</u>	Tel.(DDD): <u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Nossa Senhora da Glória, 25.10.2019

José Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

Urga
alergia
medicamentos

US HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 135890 DATA: 19/07/2019 HORA: 13:58 USUARIO: MLROSA
SETOR: 10-CONSULTA EM AMBULATORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: MICHELE LIMA SANTOS DOC....: 34539026
.....: 29 ANOS NASC: 16/05/1990 SEXO...: FEMININO
PERO.....: PO PEDRO BARBOSA NUMERO: 422
PLEMENTO...: CASA BAIRRO: CENTRO
IO.....: NOSSA SENHORA APARECIDA UF: SE CEP....: 49540-000
I/MA...: FRANCISCO ENOQUE BARBOSA SANTO/MARINEUSA LIMA SANTOS
AVEL....: O PROPRIO TEL....: 079 998251
CULNCIA...: NSA SRA APARECIDA - SE 436
NEMENTO...: OUTROS
SO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
RABAIHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

130 / 92 mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
Gilvan Bezerra do Nascimento ☒ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA
Téc. Radiologia Médica

SPENIA DE VIOLENCIA ☒ TRATOS: [] SIM [] NAO

LINEOS: 6120 Parente com quadro DATA PRIMEIROS SINTOMAS: 1/5
edema de dor no joelho D após queda de moto há 09 dias. nega alergia medica-
mentosa.

ES DA ENFERMAGEM: Queixa de dor em joelho D, apresentando
uma lesão em forma de hematoma. Relata trauma há 09 dias por aci-
nte de queda de moto.

TICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Propofol 100 mg IV, qda
Diprivan 0.2 mg/kg IV, qda
Salinto Rt. de 1000 ml em 02 p
Analgesia da dor com Rt. qda

Dr. Raphael Almeida
Médico
CRM-SE 6131

Eugenio 6-2/6
Eugenio 16-2/6

SAIDA:

HORA DA SAIDA:

☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
CAC NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

Michele Lima Santos
URA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico: _____

Alergias: ☐ Sim ☐ Não. Qual? _____

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Etilista ☐ Tabagista



Sinais Vitais:

FC (bpm)	FR (rpm)	SpO2 (%)	Tem °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)

Escala de Coma de Glasgow:

Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Ortopnéu	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Precordialgia
Isocoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoarticular

Flácido	Hematemese	Anúria	Micúria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Glóndano	Cervicalgia	Lombalgia
Emese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Cólicas
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada	+		Susp. Fratura/Qual?	

Uso de Medicação: ☐ Não ☐ Sim
Qual? _____

Especialidade:

☐ Clínico ☐ Cirúrgico ☐ Pediátrico ☐ Ortopédico ☐ Enfermagem

Classificação de Risco

Hora da Classificação:

☐ Azul ☐ Verde ☐ Amarelo ☐ Vermelho

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

50/19/7/19 Contínuo de 08 às 16h
09 mas sem curar

Data/Hora

Anotação de Enfermagem

de 16h às 18h

Uso de 501

Felipe Antonio Lopes Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 5839
CREMERJ 5282857-2



HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Itabaiana, 23 de Agosto de 2019.

CARTA DE CORREÇÃO

Vimos pelo presente, comunicar-lhes que na ficha de atendimento da Sr^a. Michele Lima Santos, a qual deu entrada no setor de Urgência/Emergência desta Unidade Hospitalar no dia 19/07/2019 às 13h58min segundo informação da mesma, o acidente motociclístico ocorreu na mesma data do atendimento. Porém os registros na ficha de atendimento pelos profissionais desta unidade relatam que o ocorrido foi há 09 dias.

Waltenis Braga Silva Júnior
Superintendente
Hospital Regional de Itabaiana

Paciente:

MICHELE LIMA SANTOS

Dr. Adonai Pinheiro Barreto

Ortopedia e Traumatologia

Cirurgia de Ombro e Cotovelo

Oncologia Ortopédica

CRM 3434
TEOT 12597

Coordenador da Residência Médica de
Ortopedia e Traumatologia
Hospital Universitário
Univ. Federal de Sergipe

Chefe da Unidade Neuromuscular
Hospital Universitário Univ. Federal de Sergipe

Membro Titular da Sociedade
Brasileira de Ortopedia e
Traumatologia (SBOT)

Membro Internacional
Academia Americana de
Cirurgias Ortopédicas (AAOS)

adonai.barreto@icloud.com

RELATÓRIO MÉDICO

A PACIENTE ACIMA APRESENTOU QUADRO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DA PATELA E LESÃO CONDRAL EM ARTICULAÇÃO FEMORO-PATELAR, DIREITA APÓS ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. SENDO SUBMETIDA A TRATAMENTO CONSERVADOR DA LESÃO. NO MOMENTO EM FASE DE REABILITAÇÃO. APRESENTANDO LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO.

CID: S 83.6

Aracaju, 15 de AGOSTO de 2019.



Dr. Adonai Barreto
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Carlos de Carvalho
Cirurgia do Joelho
Traumatologia do Esporte
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Constâncio Tavares
Cirurgia de Mão
Microcirurgia
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Diego Protásio
Cirurgia do Joelho
Traumatologia do Esporte
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Eduardo Góis
Cirurgia do Quadril
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fagner Prado
Cirurgia do Pé e Tornozelo
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Gustavo Queiroz
Cirurgia da Coluna
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcos Masayuki Ishi
Cirurgia da Coluna
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Pablo Prata
Cirurgia do Joelho
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Rafael Gonçalves
Ortopedia Pediátrica
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Thiago Leal
Ortopedia e Traumatologia

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.433.902-6 2.VIA

DATA DE
EXPIRACÃO 24/04/2017

NOME
MICHELLE LIMA SANTOS

FILIAÇÃO
MARCELA LIMA SANTOS
FRANCISCO BORGES BORGES SANTOS

MATRICULAÇÃO
ITABUNA-SE

DATA DE NASCIMENTO
16/05/1990

DOC. DIRETA
CT. NASCIMENTO NR 13699 LV A17 FL 511
CPF 053.696.375-00
CART. DIST. DOM. RIBEIRÃOPIRIS/SE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"



Micheli Lima Santos

CARTERA DE IDENTIDADE

NOME
JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA



DIG. REGISTRO/CPF EMITENTE
21232629 ESP SE

CM
020.083.675-00 DATA DE EMISSÃO
28/11/1985

PERÍODO
JOSE LUIZ ROSA

LUIS DE SANTOS DE
OLIVEIRA ROSA

RENOVAÇÃO
RENOVAÇÃO ANO
2019

CPF/DTN
04659447376

VALIDADE
07/01/2024

EXPIRAÇÃO
02/06/2009

REMARKS
SEM OBSERVAÇÃO:

SEM OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
ARACAJÓ, SE

DATA DE EMISSÃO
08/01/2019

59018844231
58021749547

SERGIPE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605317

Cidade: Nossa Senhora Aparecida

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MICHELE LIMA SANTOS

Data do acidente: 19/07/2019

Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER

Diagnóstico: LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DE PATELA E LESÃO CONDRAL DA ARTICULAÇÃO FEMORO PATELAR A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA DIMINUÍDA (++++/+5), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DO JOELHO (SUTURA), MUSCULATURA EUTRÓFICA NA COXA E PANTURRILHA, DOR, CREPITAÇÃO E LEVE BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 00° / FLEXÃO 40°
CIRCUNFERÊNCIA DA COXA 41 CM E DA PANTURRILHA 34 CM A DIREITA.
CIRCUNFERÊNCIA DA COXA 41 CM E PANTURRILHA 34 CM A ESQUERDA.
PERICIADA POUCO COOPERATIVA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO JOELHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/11/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374203/19

Vítima: MICHELE LIMA SANTOS

CPF: 053.686.375-00

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 19/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MICHELE LIMA 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

MICHELE LIMA SANTOS : 053.686.375-00

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: 25/10/2019
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO