



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202082200320 Distribuição: 16/10/2020
Número Único: 0000297-23.2020.8.25.0070 Competência: Nossa Senhora Aparecida
Classe: Procedimento Comum Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento Processo Principal: *****
Processo Origem: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: MICHELE LIMA SANTOS
Endereço: AVENIDA PEDRO BARBOSA
Complemento:
Bairro: CENTRO
Cidade: NOSSA SENHORA APARECIDA - Estado: SE - CEP: 49540000
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA. DE APARECIDA
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra. de Aparecida/SE, CEP 49540000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**NOSSA SENHORA APARECIDA DA COMARCA DE N. SRA.DE APARECIDA
Rua Presidente Medici, Bairro Centro, N. Sra.de Aparecida/SE, CEP 49540000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202082200320

DATA:

15/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210114171003090 às 17:10 em 14/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

053.686.375-00 Michele Lima Santos

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Michele Lima Santos

6 - CPF:

053.686.375-00

7 - Profissão:

Banadeira

8 - Endereço:

PCA Agric Pedro Barbosa

9 - Número:

422

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Bento Gonçalves

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49540-000

15 - E-mail:

Marcosdeglobo@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:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 1124

X

CONTA: 19570

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (ainda nascido)?

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)

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: Igreja Senhora da Glória - 25.10.2019

+ Michele Lima Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

p.7

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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 - PoupeX, 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 PoupeX, doravante denominada PoupeX, por intermédio do Banco do Brasil S.A..

Proponente/Contratante 1: MICHELE LIMA SANTOS, inscrito(a) no CPF sob o n.º 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 n.º 19.570-7, Poupança Ouro n.º 510.019.570-X, Poupança PoupeX n.º 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:

- ADERIR** ao pacote de serviços na modalidade oferecida pelo Banco do Brasil S.A. na forma da Carta Circular BACEN n.º 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.
- ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- 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 PoupeX.

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 PoupeX, 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 momento, 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 Vítimas 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 CONDRAL 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 DIMINUIDA (++++/++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.

- IV. Nexo de causalidade: 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"

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):

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 d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otávio Nascimento Júnior

Manoel Otávio Nascimento Júnior
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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
053-686-325-00 Michele Lúcia Santos

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	17 - Tel.(DDO):

Michele Lúcia Santos
Seguradora PCA Agric. Petró. Barbosa
Centro
Missa Senhora Aparecida
mrcordeglerin@gmail.com
053-686-325-00
422 Casa
SC 49540-000
79-99918-9202

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

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 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
				40 - Local e Data: _____ Assinatura da testemunha

42 - Poder do Representante Legal (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 - PoupeX, 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 PoupeX, doravante denominada PoupeX, 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 PoupeX 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:

- 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.
- ADERIR** ao Pacote de Serviços constante do Termo de Adesão a Pacote de Serviços anexo à proposta/contrato de abertura de conta-corrente.
- 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 PoupeX.

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 PoupeX, 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 momento, 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

FATURA MENSAL *
Matrícula
279014.9

Nome do Cliente

FRANCISCO ENRIQUE SANTOS

Endereço

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

Documento Referência	Data da Leitura	Hora	Classificação: Consumo
528005/00268	09/08/2019	A17N099552	RES: 1

Leit. Anterior	298	HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	315	REF.	(nº)
Consumo Faturado (nº3)	17	06/19	00024
Média de consumo (nº3)	15	07/19	00012
Ocorrência de Leitura		08/19	00010
Data da ult. Anterior	08/08/19	09/19	00016
Dias de consumo	32	04/19	00013
Média diária (m3)	0,4	03/19	00014
Previsão para Próx. Leit.	08/10/19		

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

 PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
 COFINS: 7,54 PASEP: 1,64

Serviços	Valor
ÁGUA	96,82
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	2,11
091 JUROS DE MORA	0,25
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0,03

Mês Referência	VENCIMENTO:	TOTAL A PAGAR (R\$)
09/2019	18/09/2019	99,21

SETEMBRO AMARELO: MÊS DA PRÉVENÇÃO 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 27.565/2010.

**CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 8195 – SAC: 4020-0195
 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual**
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º Inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Glic.	Fior	Coliformes Totais	E. Coli
Nº Mínimo de Amostras Exrigidas	17	10	17		17	
Nº de Amostras Analisadas	28	25	26		26	26
Nº Mínimo de Amostras analisadas com resultado	23/28(82%)	19	20		22	26

Fim da Autenticação na Web

JOSÉ MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS SLOS 22171 CASA A - SLOS
NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 49960000 (AG: AGO)



LIGAÇÃO BÁSICO
Código: PES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Número: 5-430-946-1239 Referência: Out/2019
Medidor: E8002048123 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SERGIPÃO SISTEMA ENERGISA
Rua Minas Gerais 2200, 3º - Centro - Aracaju - SE - CEP: 49900-000
CNPJ: 02.17.462.0001-80 - Ins. Est: 270.707-496
Nota Fiscal Centro de Energia Elétrica N° 017.801.311
Cód. para Dbs Automáticos: 00009127879

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

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

UC (Unidade Consumidora):

3/912787-9

Canal de contato:

Comunique-nos, nos enviamos uma versão virtual do seu recibo. É só nos enviar com informações sobre o seu consumo e fornecer sua via de conta de energia e efetuar o pedido de ligação. Salve o nosso número e nos chame sempre que precisar: 08000127879

ru61562

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/09/19	Lerida: 8421	Data: 10/10/19	Lerida: 9502	1 88 20

Demonstrativo:

CDI - Descrição	Quantidade Tarifada	Vl. Básico/Ciclo	Alm. (Métrico)	Base Ciclo	Pf(RB)	Coef(RB)
0801 - Consumo em kWh	00.000 0.765650	56,75	00,75 25	18,69	0,60	3,76
0801 - Adm. B. Vermeia	0,21	3,91	0,25	0,21	0,02	0,14
0801 - Adm. B. Amarela	0,64	0,94	0,25	0,16	0,04	0,03
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0801 - CONTROLE PÚBLICO	0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804 - DIURAS DE MORA DE 2019	0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805 - MULTAS DE 2019	1,06	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0801 - REST. BAND. AMAR. RESIDENCIAL DE 2019	-0,57	2,00	0	0,00	0,00	0,00

CDI Código de Classificação do item TOTAL 80,51 72,70 17,87 70,70 0,62 2,32

Mês Referência (CDI)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
00	17/10/2019	R\$ 80,51

Histórico de Consumo (kWh)

74 | 83 | 79 | 73 | 120 | 172 | 126 | 78 | 79 | 34 | 87
Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)
DI/MENSAL	0,00	NOMINAL
DI/TRIMESTRAL	0,00	127
DI/ANUAL	0,00	127
FE/MENSAL	0,00	CONTRATADA
FE/TRIMESTRAL	0,00	LIMITE SUPERIOR
DI/ANUAL	0,00	127
DI/CDR	0,00	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Classificação	Valor (R\$)	%
Resíduos de Def. no Energisa/SE	16,05	22,38
Consumo de Lâmpadas	10,14	13,14
Dem. de Transmissão	1,44	1,77
Endereço Eletrônico	0,00	0,00
Impostos, Impostos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	80,51	100,00

Faturado EUED Ref. 01/2019 R\$ 16,38

ATENÇÃO

Atenção: A não pagamento da fatura no prazo público é da responsabilidade municipal.

Fatores em atraso

BANCO DO BRASIL PAGUE PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03087.893008 03406.857171 1 80450000008051

FAZENDOR: JOSÉ MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ 220.223.675-00
RUA DOS SLOS 22171 CASA A - SLOS - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA / SE CEP: 49960000

Notas fiscais: P/ documento 0009/2178710/2019/10 17/10/2019
P/ valor do documento R\$ 80,51

ENDERECO: ENERGISA SERGIPÃO SISTEMA ENERGIA SA CNPJ 13.217.462/0001-00

Rua Minas Gerais S/ nº, Ed. 1 - Centro Barreto - Aracaju / SE - CEP: 49900-150

Agência / Código do beneficiário: 3084-0/1780034

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.003.625, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

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

do sinistro de DPVAT cobertura Inválidez da Vítima Michele 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 Siles</u>	Número:	<u>217</u>	Complemento:	<u>Casa -1</u>
Bairro:	<u>Siles</u>	Cidade:	<u>Iossa Senhora da Glória</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:	<u>Marcosdeglovia@gmail.com</u>			CEP:	<u>49680-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>79-99918-9207</u>

Local e Data: Iossa Senhora da Glória ; 25.10.2019

Marcos de Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

US HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 65890 DATA: 19/07/2019 HORA: 13:58 USUARIO: MLROSA
SETOR: 10-CONSULTA EM AMBULATORIO

Urga
alergia
medicamentos

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

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

COMPIMENTARES: RAIO X SANGUE URINA TC
Gilvan Bezerra do Nascimento LIQUOR ECG ULTRASSONOGRAFIA
Téc. Radiologia Médic

SPETIA DE VIOLENCA TRATOS: [] SIM [] NAO

LINICOS: Parente com quadros DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___

edema dor mialgia D apri quado de moto há 09 dias. Nao atende medico
menos.

SINTOMAS DA ENFERMAGEM: Queixa de dor em joelho D, operando
anterior lombar - erucico. Relata trauma há 09 dias por aci-
nte automobilico

TICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACA

Brufen 100 mg 10, apre	Eugenio 6/2/18
Digoxina 02 mg 01/9, ev, apre	Edenio 7/6/18
Whito 8t di junc 02 em 07 p	
mus apre da C. endin apre 8t	

Dr. Raphael Almeida
Medico
CRM-SE 6131

SAILA: / HORA DA SAIDA: :
 DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
ACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

Michele Lima Santos
URA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA
Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO
UP: PRONTO SOCORRO
ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO



- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> BUSCA ESPONTÂNEA | <input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO | <input type="checkbox"/> SAMU | <input type="checkbox"/> CORPO DE BOMBEIRO |
| <input type="checkbox"/> AMBULÂNCIA | <input type="checkbox"/> GESTANTE | <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRABALHO | |

Duração da Queixa: Agudo Crônico: _____

Alergias: Sim Não. Qual? _____

História Pregressa: DM Cardiopatias
 HAS Etilista Tabagista



Sintomas Vitais:						Exame de Coisa de Glaucom:				
PC (mmHg)	PR (ppm)	SPO2 (%)	Tax °C	PA (mmHg)	GLC (mg/dL)	Peso (kg)	Alterações Ocular	Resposta Facial	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Circulatório	
Consciente	Inconsciente	Eufneico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertensão	Normotensão
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Tórdica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Pracordialgias
Isochoria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Ritmico	P. Arritmico
Anisochoria	Miosc			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Genitourinário			Sistema Ortopedical	
Flácido	Hematemese	Anúria	Mictíria	C/Sedimentos	Artralgia	Artrofia
Globoso	Melena	Cohíria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Côlito
Piroso		Disíuria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplagia
Diarréia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Ditrose Concentrada	+	-	Susp. Pergunta/Qual?	

Uso de Medicação: Não Sim
Qual? _____

Especialidade:
 Clínico Cirúrgico Pediátrico Ortopédico Enfermagem

Classificação de Risco: Azul Verde Amarelo Vermelho

Hora da Classificação: _____

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora	Evolução de Enfermagem	
59/17/19	Contato Dello 06 hs	
	09 dias seu curar	
Data/Hora	Anotação de Enfermagem	
	Re recuperar a ferida	
	Ciclos 50	

Antonio López Freitas
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-SE 5839
 CEMERJ 5287957-7

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 Alva Junior
Superintendente
Hospital Regional de Itabaiana

Av. 13 de Junho, 776 – Centro – Fone: 79 3432-9200 – Itabaiana – Sergipe
CNPJ.: 10.436.979/0009-56

Paciente:

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
 Cirurgões Ortopédicos (AAOS)
 adonaibarreto@icloud.com

MICHELE LIMA SANTOS

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 Pinheiro Barreto
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia de Ombro e Cotovelo
 Oncologia Ortopédica
 CRM SE 3434 / FCO

Adonai Barreto
 Cirurgia do 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 Gois
 Cirurgia do Quadril
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Fagner Prado
 Cirurgia da Perna e Tornozelo
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Gustavo Queiroz
 Cirurgia da Coluna
 Ortopedia e Traumatologia

Dr. Marcos Masayuki Ishii
 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







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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: MICHELE LIMA SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO