



**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 MENEDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210114171003090 às 17:10 em 14/01/2021.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

---

**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: INTERRUÇÃO 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](http://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 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: Caro  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mossa Senhora Aparecida 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49590-000  
15 - E-mail: Marcosdeglorio@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  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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - 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 (ou nascituros)?  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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aplicável): \_\_\_\_\_  
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 Boa Vista; 25.10.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Michelle 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:

- 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 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](http://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): Pca 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 CONDRA 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 EUTROFICA 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
 **(X) Sim**       Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
 **(X) Sim**       Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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"       "Sem seqüela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias*      *(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 (Seqüela):<br><b>JOELHO - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> <b>25% leve</b><br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo   | Região Corporal (Seqüela):<br><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Manoel Otacilio Nascimento Junior  
Clínica e Auditoria Médica  
CRM 1827

# 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 Luiza 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 Luiza Santos 6 - CPF: 053.686.375-00  
 7 - Profissão: Advogada 8 - Endereço: PCA Agric. Pedro Barbara 9 - Número: 422 10 - Complemento: Casa  
 11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Moço Senhora Aparecida 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49540-000  
 15 - E-mail: marcondeluzia@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79.93918-9207

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:

RECURSO 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 POUPOANÇA (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 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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)  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 tem filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou resíduo patrimonial?  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: Moço Senhora da Ilóia, 25/10/2019

Michelle Luiza 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 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 Pouplex 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 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 n.º 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 site do **Banco do Brasil** na internet ([www.bb.com.br](http://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.



Nome do Cliente  
**FRANCISCO ENOQUE SANTOS**

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

Quantidade de Leituras  
**528005/00268**

Data da Leitura  
**09/09/2019**

Medidor  
**A17N099552**

Destinatário / Consumidor  
**RES: 1**

Leitura		HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Anterior	288	REF.	(m3)
Leit. Atual	315	06/19	00024
Consumo Faturado (m3)	17	07/19	00012
Média de consumo (m3)	15	06/19	00010
Ocorrência de Leitura		05/19	00016
Data de Leit. Anterior	06/06/19	04/19	00013
Dias de Consumo	32	03/19	00014
Média Diária (m3)	0,4		
Previsão para Prox. Leit.	09/10/19		

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

Serviço	Valor
AGUA	96,82
ESGOTO	0,00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0101 08/2019 2,11
091 JUROS DE MORA	0101 06/2019 0,25
094 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0101 06/2019 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.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 - SAC: 4020-0195  
AGÊNCIA VIRTUAL: [www.deso-se.com.br/agencyvirtual](http://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 Analisadas	17	10	17		17	
Nº de Amostras Analisadas	26	26	26		26	26
Nº de Amostras em Conformidade com o Padrão	19	19	20		22	25

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
RUA DOS SILOS 0211/ CASA A - SILOS  
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49800000 (A9: A20)



Logotipo: B-FÁSICO  
Código: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: S-490-340-1391 Referência: Out / 2019  
Medidor: E8000348123 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUINDORA DE ENERGIA SA  
Rua Manoel Antonio Sales, 81 - Incoo Baituta  
Aracaju / SE - CEP: 49040-180  
CNPJ: 02.017.462/0001-40 Insc. Est: 076.787.498  
Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 017.000.311  
Cód. para Dir. Automática: 0009127879

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

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

UC (Unidade Consumidora): 3/912787-9

**Canal de contato**  
Contate a Oxxi, nossa plataforma virtual de atendimento!  
Ela pode te ajudar com informações sobre o site,  
enviar a segunda via da conta de energia,  
e atender pedidos de cancelação.  
Salve nosso número e nós chamaremos sempre que precisar.  
TE 99101-0718

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 10/09/19 Leitura: 8421	Data: 10/10/19 Leitura: 9802	1	88	30

**Demonstrativo**

CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Estimado	Valor	Estimado	Base	Categoria	Porcentagem	Definição
		Tributos (Taxa/R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	Período (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0601	Consumo em kWh	88,00	0,755530	66,49	66,75	25	18,05	66,75	0,60	3,76	
0601	Adic. B. Verbetes			0,31	3,91	25	0,83	0,31	0,05	0,14	
0601	Adic. B. Amarelo			0,64	0,64	25	0,16	0,64	0,00	0,02	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>											
0907	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			0,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0104	JUROS DE MORA 09/2019			0,04	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0908	MULTA 09/2019			1,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0601	REST. BANC. AMAR. RESIDENCIAL 09/2019			-0,87	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
CC1 Código de Classificação do Item				TOTAL	80,81	70,75	17,87	70,75	0,60	2,82	
Taxa de Tributos				0,550702							

Mês anterior (mês kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
90	17/10/2019	R\$ 80,51

**Histórico de Consumo (kWh)**

74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85
Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20	Jun/20	Jul/20	Ago/20	Set/20

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

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
DIURNA	0,00	NOMINAL	127	Serviços de 2ª e 3ª Energia/06	18,00	22,33
NOTURNA	0,00			Carregamento	28,14	34,83
DIURNA	0,00			Serviço de Transmissão	3,75	4,63
NOTURNA	0,00			Energia Estorva	3,49	4,31
DIURNA	0,00			Imposto Diário e Energia	21,10	26,18
NOTURNA	0,00			Outros Serviços	0,00	0,00
				<b>Total</b>	<b>80,58</b>	<b>100,00</b>

**ATENÇÃO**  
Atenção: A responsabilidade pela contagem pública é da Prefeitura do município.  
**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 0211/ CASA A - SILOS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49800000  
Número: 30878930003408051 Nº Documento: 000912787201910 Data de Vencimento: 17/10/2019 Valor do Documento: R\$ 80,51 Valor Pago:  
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIBUINDORA DE ENERGIA SA CNPJ: 02.017.462/0001-40  
Rua Manoel Antonio Sales, 81 - Incoo Baituta - Aracaju / SE - CEP: 49040-180  
Agência / Código do beneficiário: 3084-01780034

951911

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 030.003.675 / 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 Invalidez 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 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

Uiga  
alergia  
Medicamentos

US HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

BE: 35890 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  
: 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  
: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

COMPLEMENTARES: [ ] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
: [ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIA

Gilvan Bezerra do Nascimento  
Téc. Radiologia Médica

CRTR 0953

EXPERIENCIA DE VIGIANCIA: [ ] SIM [ ] NAO

EXAME FÍSICO: *130/92* *Parente com quadras* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*adorno da dor em joelho D após queda de moto há 09 dias. nega alergia medica-  
mentos.*

QUEIXAS DA ENFERMAGEM: *Queixa de dor em joelho D, apresentando  
uma lesão articulação. Relata trauma há 09 dias por aci-  
dente automobilístico.*

DIAGNÓSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Propofol 100 mg IV, qda*  
*Diprivan 0,2 mg/kg IV, qda*  
*Salicato Rt de paracetamol em 07 p*  
*Ansiolítico da Dor após Rt.*

*Dr. Raphael Almeida*  
Médico  
CRM-SE 6131

*Eygenis 6-2/6*  
*Eygenis 76-2/0*

SAÍDA:

HORA DA SAÍDA: :

[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INDICACAO 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





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

Duração da Queixa:  Agudo     Crônico: \_\_\_\_\_

Alergias:  Sim     Não. Qual? \_\_\_\_\_

História Pregressa:  DM     Cardiopatia  
 HAS     Etilista     Tabagista



Sinais Vitais:						Escala de Coma de Glasgow:				
FC (bpm)	FR (rpm)	SPO2 (%)	Taz (°C)	PA (mmHg)	GLC (mmHg)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Eupneico	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopnéia	Hemoptise	Hipertensão	Normotensão
Torpor	Confuso	Taquipneico	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Précordialgia
Isocúria	Midriase	Dispneico	Bradipneico	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisocoria	Miose			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal		Sistema Geniturário			Sistema Osteoarticular	
Flácido	Hematemese	Anúria	Micúria	C/Sedimentos	Artralgia	Atrofia
Globoso	Melena	Colúria	Hematuria	Giordano	Cervicalgia	Lombalgia
Êmese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmos	Cãibras
Pirosv		Disúria	Priaprismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarreia		Bexigoma	Limpido e Claro		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada	+ .		Susp. Frontal/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
50 19/7/19	Contato de 10 h 09 mas sem cur
Data/Hora	Anotação de Enfermagem
	te cur e fut

Uso de 50


Felipe Antonio Lopez Freitas  
 Cirurgião - Traumatologia  
 CRM-SE 5839  
 CREMERJ 5282757-2

## 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<sup>a</sup>. 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**

**RELATÓRIO MÉDICO**

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

A PACIENTE ACIMA APRESENTOU QUADRO DE LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DA PATELA E LESÃO CONDILAR 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  
 Hospital Universitário Univ. Federal de Sergipe

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. Constância 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 de 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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Registro geral 3.453.902-6 2.VIA

DATA DE  
Emissão

24/04/2017

NOME  
MICHELE LIMA SANTOS

FILIAÇÃO  
FRANCIELSA LIMA SANTOS  
FRANCISOD ENOQUE BRAGOSA SANTOS

NATURALIDADE  
ITABUNA-PE

DATA DE NASCIMENTO  
16/05/1990

DOC. ORIGINAL

CI. NASCIMENTO NR 13699 LV A17 FL 511

CPF 053.896.375-00  
CART. DIST. DOM. KINEINOPALIS/PE





VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1749963409

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1749963409

NOME  
JOSE MÁRCOS DE OLIVEIRA ROSA



DOC. IDENTIFIC. PARA EMPLACAR  
2133829 ESP SE

CPF  
020.083.675-00 DATA DE NASCIM.  
28/11/1985

PROFISSÃO  
JOSE LUIZ ROSA  
LUIZETE SANTOS DE  
OLIVEIRA ROSA

RESERVAÇÃO  
CATEGORIA  
AB

CPF/VEICULO  
04659447376 VALOR  
07/01/2024 P. ANUALIDADE  
02/06/2009

Observações  
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO  
*Jose Marcos de Oliveira Rosa*

LOCAL  
ARACAJÓ, SE DATA DE EMISSÃO  
09/01/2019

*Jose Marcos de Oliveira Rosa*  
Licença Condição Não Chegou de Hora  
59018844231  
38021749567

SERGIPE

**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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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](http://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