



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

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002391**

Conta: **0000052790-9**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 16245782



# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02391

CONTA: 000000052790-9

---

Nr. da Autenticação 80E799B3A4F06578

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200339120 Cidade: Maceió Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA Data do acidente: 18/04/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 6\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



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

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002391**

Conta: **0000052790-9**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 08 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

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

Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200339120**

**Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

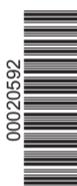
Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 14/10/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

Carta nº 16245782





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**700.988.514-11 FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **FERNANDO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **700.988.514-11**

7 - Profissão: **FEIRANTE** 8 - Endereço: **A.V. PRINCIPAL III** 9 - Número: **1437** 10 - Complemento: **—**

11 - Bairro: **BENEDITO BENTES** 12 - Cidade: **MACEIÓ** 13 - Estado: **AL** 14 - CEP: **57.096-478**

15 - E-mail: **—** 16 - Tel (DDO): **(82) 99105-3061**

## 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:

<input 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 checked="" 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)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (601)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: **2391** CONTA: **52790** 9 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei/lei as opções:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (vacinador)?  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 Assinatura digitalizada 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

40 - Local e Data, **Maceió 21/10/2010** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha  
 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 25/08/2020 09:56:46 Data/Hora Fim: 25/08/2020 09:56:46

Origem:

Delegado de Polícia: Sheila Carvalho Dantas

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito da Capital

Data/Hora do Fato: 18/04/2020 04:30

**Local do Fato**

Município: Maceió (AL)  
Bairro: Cidade Universitária  
Logradouro: Av. Menino Marcelo  
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Veículo

**ENVOLVIDO(S)**

**Nome Civil: JOSE CARLITO VIEIRA CONSTANTINO (ENVOLVIDO )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 14/05/1976 Idade: 44  
Profissão: Não Informado  
Estado Civil: Sem Informação Naturalidade: Murici - AL  
Nome da Mãe: JOSEFA VIEIRA DOS SANTOS Nome do Pai: JOSE CONSTANTINO

**Documento(s)**

RG: 1529305  
CPF: 021.303.044-60

**Endereço**

Município: Maceió - AL  
Logradouro: LOT OTACILIO HOLANDA QD J  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.073-659

**Nome Civil: FERNANDO PEREIRA DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 22/02/1984 Idade: 36  
Profissão: Feirante Naturalidade: Barreiros - PE  
Estado Civil: União Estável Nome do Pai: ALBERTINO PEREIRA DA SILVA  
Nome da Mãe: AMARINA DEODORO DA SILVA

**Documento(s)**

RG: 35115181  
CPF: 700.988.514-11

**Endereço**

Município: Maceió - AL  
Logradouro: CJ PARQUE DOS CAETES  
Complemento: 1431A BL 716  
Bairro: Benedito Bentes CEP: 57.086-478





**GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00044276/2020

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição motocicleta	CPF/CNPJ do Proprietário 700.988.514-11
Placa QLE5286	Renavam 01126402343
Número do Motor KD08E1H446172	Número do Chassi 9C2KD0810HR446155
Ano/Modelo Fabricação 2017/2017	Cor VERMELHA
UF Veículo AL	Município Veículo Maceió
Marca/Modelo HONDA/NXR160 BROS ESDD	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 30/06/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
FERNANDO PEREIRA DA SILVA	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
Descrição AUTOMOVEL	CPF/CNPJ do Proprietário 021.303.044-60
Placa MVD2942	Renavam 00823433226
Número do Motor AZN129706	Número do Chassi 9BWCA05X74T074302
Ano/Modelo Fabricação 2004/2003	Cor CINZA
UF Veículo AL	Município Veículo Maceió
Marca/Modelo VW/GOL 1.0	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido, Meio Empregado	Última Atualização Denatran 01/04/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	
Nome Envolvido	Envolvimentos
JOSE CARLITO VIEIRA CONSTANTINO	Proprietário

**RELATO/HISTÓRICO**

SEGUNDO O DECLARANTE: guava uma Motocicleta de sua propriedade, esta já acima cadastrado, onde trafegava pela Av. Menino Marcelo, sentido BR 104 , que nas proximidades da entrada do Graciliano Ramos, um carro de placa MVD2942 licenciado em nome de JOSE CARLITO VIEIRA CONSTANTINO, faz uma manobra de retorno em local inapropriado e obstrui a passagem da moto da vítima, que tomado de surpresa, choca-se contra o veículo VW/GOL 1.0 de cor cinza e com o choque foi ao solo. Foi socorrido pelo SAMU e levado ao HGE segundo o relatório de nº 3061885. O causador do sinistro fica no local e dar apoio a vitima. O mesmo não deseja representar.



**GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA CAPITAL - MACEIÓ**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 00044276/2020

**ASSINATURAS**

*Bel Silvio Eduardo M. Maia Gomes  
AG.: Polícia Civil  
Mat.: 66216-0*

Silvio Eduardo Michel Maia Gomes  
Agente de Polícia  
Matrícula 66216-0  
Responsável pelo Atendimento

FERNANDO PEREIRA DA SILVA  
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (o) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Celulosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
**700.988.514-11** **FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **FERNANDO PEREIRA DA SILVA** 6 - CPF: **700.988.514-11**  
 7 - Profissão: **FEIRANTE** 8 - Endereço: **A.V. PRINCIPAL III** 9 - Número: **1437** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
 11 - Bairro: **BENEDITO BENTES** 12 - Cidade: **MACEIÓ** 13 - Estado: **AL** 14 - CEP: **57.096-478**  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDO): **(80) 99105-3061**

## 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:

<input 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 checked="" 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)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (304)

AGÊNCIA: **2391** CONTA: **52790** 9  
 (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 de 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico-Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/valencor?  Sim  Não 31 - Vítima teve imãos?  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 Informações digitais voluntárias sobre identificação e autorização para uso de dados pessoais	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido.  37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha
		39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Maceió 21/10/2010**

**X FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



## HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

## FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 3061885

DATA: 18/4/2020

HORA: 05:47:53

**INTERNAÇÃO**

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: FERNANDO ~~PEREIRA~~ DA SILVASEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA ~~Peruana~~ DATA NASC: 22/02/1984 IDADE: 36 ANOS CPF: 7009885101

MÃE: AMARINA DEODORO DA SILVA

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: - OUTROS

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CARTÃO SUS:

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO: BENEDITO BENTES

Mat. N°: 869476-9

LOGRADOURO: CJ PARQUE DOS CAETES BL 706 AP SN

FONE:

OBSERVAÇÕES:

## DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

PROBLEMA RESPIRATÓRIO: NAO

FORMA CHEGADA: BOMBEIROS AR 51

SETOR: AREA VERMELHA TRAUMA

PROCEDÊNCIA: CIDADE UNIVERSITARIA

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

CASO POLICIAL: SIM

PLANO DE SAÚDE: NAO

TRAUMA: NAO

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

 VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

## Queixa Principal / História da Doença Atual:

Vítima de colisão moto x carro. Trazido pelo Corpo de Bombeiros com  
belas em M.I.D. Nega alergia medicamentosa.

**Exame Físico:** ABCD sem alterações. Abdomen flácido, indolor à palpação.  
Sem sinais de irritação peritoneal. Dor, edema e limitação dos movimen-  
tos em coxa D.

## Exames Complementares:

<input type="checkbox"/> RAIO-X	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> TC
<input type="checkbox"/> LIQUOR	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> ULTRASSONOGRAFIA	

## Hipótese Diagnóstica:

## Conduta Clínica

- ① RX de Coxa D MP e Perfil
- ② Dipirona 500mg + AD, EV. Agora
- ③ Ibotil 40mg + AD, EV. Agora
- ④ Alta da Cirurgia Genit
- ⑤ Avisar Dr. Ortopedista

## Enfermagem

CADASTRO ORIGINAL:

KLEBERSON ANDRE DOS SANTOS ROCHA - 18/04/2020 05:48:25

Dr. Meire

Meire

ortopedia

Vítima de queda de moto, com lesão em fímbia D (segmento proximal) suspeito.

- CD:
- ① Rx
  - ② Tag infantil
  - ③ Internação



Dr. Maxwell Oliveira  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA DO QUADRIL  
CRM-AL 5928 / TEOT: 15890



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
DE  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

HOSPITAL  
CARVALHO BELTRÃO

Nome do Estabelecimento Solicitante <b>HOSPITAL CARVALHO BELTRÃO</b>		CNES: 2010356
Nome do Estabelecimento Executante <b>HOSPITAL CARVALHO BELTRÃO</b>		CNES: 2010356
Nome do Paciente: <b>FERNANDO PEREIRA DA SILVA</b>		Nº do Prontuário: <b>232151</b>
<b>CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE(CNS)</b> 706805767240627	Data de Nascimento: 22/02/1984	Sexo: Masculino
Nome do Responsável: <b>O MESMO</b>		Telefone: 82 9.8899-1479
Endereço:(Rua, Nº, Bairro): <b>CJ PARQUE DOS CAETES BL 706 AP SN</b>		
Município de Residência: <b>MACEIO</b>	Cód. IBGE: 2785	UF: <b>AL</b> CEP: 57086-478

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**Principais Sinais e Sintomas Clínicos:**  
PACIENTE COM FRATURA DIAFISARIA SEGMENTAR DE FEMUR DIREITO. EVOLUINDO COM EDEMA E EQUIMOSE NA COXA DIREITA E RELATO DE CALAFRIOS. NO INTRAOPERATÓRIO FOI VERIFICADO ÁREA DE NECROSE DO VASTO LATERAL E FRATURA COM CALO ÓSSEO IMPORTANTE

**Condições que justificam a Internação:**  
**TRATAMENTO CIRÚRGICO**

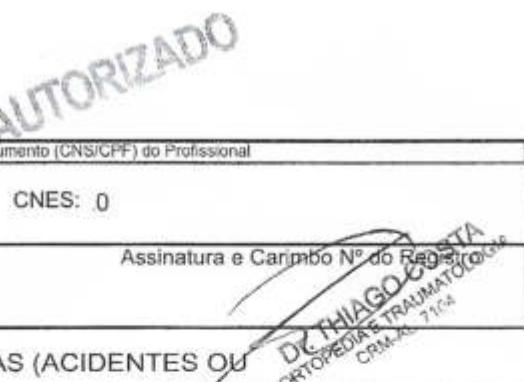
**Principais Resultados de Provas Diagnósticas(Resultado de Exames Realizados):**  
**EXAME FÍSICO + RAIO X**

Diagnóstico Inicial <b>FRATURA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FEMUR</b>	CID 10 Principal <b>S723</b>	CID 10 Secundário <b>M840</b>	CID 10 Causas Associadas
---	---------------------------------	----------------------------------	--------------------------

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Descrição do Procedimento Solicitado: <b>CIRURGIA MULTIPLA</b>	Código do <b>0415010012</b>
---	--------------------------------

- 1) 041504003-5 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- 2) 040806030-1 - RESSECÇÃO MUSCULAR
- 3) 040806019-0 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ
- 4) 040805051-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR
- 5) 040806015-8 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

Clinica: <b>Cirurgia</b>	Caráter da Internação: <b>1</b>	CPF: <b>060.599.144-89</b>	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional <b>CNES: 0</b>
Nome do Profissional <b>THIAGO DE SOUZA COSTA</b>		Data da Solicitação <b>01/05/2020</b>	Assinatura e Carimbo Nº do Registro 

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)**

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	CNPJ DA SEGURADORA				Int. do Sistema	Serie
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico						
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto	CNPJ EMPRESA				CEMEX da Empresa	Caixa

Vínculo com a Previdência		<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
---------------------------	--	------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

**AUTORIZAÇÃO**

Nome do Profissional Autorizado <i>Edvaldo Moreira</i>		Cód. Órgão Emissor <b>05/03/2020</b>	Nº da Autorização de Internamento Hospitalar <b>972010079942</b>
		Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional <b>CNES CPF</b>	Data: _____/_____/_____



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda  
CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –  
C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nega b/a  
11  
05

Nº PRONTUARIO HOSPITALAR		Nº ATENDIMENTO: 356/42020	
REG: 232151	Cartão SUS: 706805767240627	Estado Civil: SOLTEIRO(A)	
Nome: FERNANDO PEREIRA DA SILVA		Sexo: Masculino	
Data 22/02/1984	Idade: 36 anos, 1 mês, 4 semanas e 1 dia	Cor: PRETA	
Filiação: E AMARINA DEODORO DA SILVA			
Profissão	Município MACEIO	UF: AL	
Endereço: CJ PARQUE DOS CAETES BL 706 AP SN		CEP: 57086-478	
Bairro: BENEDITO BENTES	Responsável O MESMO		
Entradas Anteriores: NAO	Documento CPF: 70098851411		
Fone: 82 9.8899-1479	Convênio: PROHOSP		
Enfermaria CIRURGICA/ORTOPEDICA			
Entrada: 20/04/2020 16:52:25	Alta: 04.05.20		
Transferência: / /	Para	Condições:	
Óbito em: / /	às	Autópsia:	
Diagnóstico:			
Observações:			
INTERNOS		MGE	
DATA: 20/04/2020			
RESP.: Magdal			
ETIQUETA: 356			

# Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

## CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIPE

CARVALHO BELTRÃO

Rua Euclides Baeta s/n – Bairro João Carvalho – Fone: 3273-1183 – Coruripe –

C.G.C. 35.642.172/0001-43 – Insc. Est. – Isento

Nº: 11377

### RESUMO DE ALTA

#### Dados do Paciente:

Nº Prontuário: 0

Nome do Paciente: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

CPF:

Data de Nascimento: 22/02/1984

Cartão SUS:

Idade: 36

Médico: Dr(a). THIAGO DE SOUZA COSTA

Diagnóstico Inicial: FRATURA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO  
VICIOSANECROSE MUSCULAR

Diagnóstico Final: O MESMO

Tratamento Realizado: DEBRIDAMENTO + OSTEOSÍTESE DE FEMUR

Observação:

Motivo Alta: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Data: 04/05/2020 0:00:00 AM

Assinatura

Dr. THIAGO COSTA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-AL 11920  
04/05/2020

Nº: 2669	Nº Etiqueta: 356/42020	Boletim Operatório	01/05/2020 11:21:20
Dados do	FERNANDO PEREIRA DA SILVA		Data Nascimento: 22/02/1984
Nº prontuário:	232151	CPF: 70098851411	SUS: 706805767240627
Equipe:	Operador: THIAGO DE SOUZA COSTA		Idade: 36 anos, 2 meses, 1
1º Auxiliar:			2º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista: CARLOS WALFREDO REIS JUNIOR		
Diagnóstico Pré:			
FRATURA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA NECROSE MUSCULAR		Data Cirurgia: 01/05/2020	
Operação Realizada:			

041504003-5 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS  
 040806030-1 - RESSECÇÃO MUSCULAR  
 040806019-0 - OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ  
 040805051-9 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR  
 040806015-8 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

## DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

SEGUIR A SEGUINTE ORDEM - Posição do paciente, via de acesso, exploração e aspecto dos órgãos e das lesões, táticas e técnicas , suturas , drenagem , síntese , material empregado durante a cirurgia . Tipo de curativo.

- 1- PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
- 2- ANTISSEPSIA + CAMPOS ESTÉREIS
- 3- INCISÃO LATERAL EM COXA DIREITA
- 4- DIVULSAO POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5- VISUALIZO LESÃO DE VASTO LATERAL COM NECROSE
- 6- DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS COM RESSECÇÃO MUSCULAR PARCIAL
- 7- LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
- 3- OSTEOTOMIA DO FEMUR
- 3- REDUÇÃO DE FRATURA COM AUXILIO DE 1 PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO
- 10- FIXAÇÃO DE FRATURA COM PLACA DCP 4,5 MM LARGA DE 16 FUROS + 9 PARAFUSOS
- 11- LIMPEZA COM SF 0,9%
- 12- MANIPULAÇÃO ARTICULAR DO JOELHO DIREITO
- 13- SUTURA POR PLANOS
- 14- CURATIVO ESTÉRIL
- 15- A RPA

Dr. THIAGO DE SOUZA COSTA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-AL 7104

Válido:

Dr(a). THIAGO DE SOUZA COSTA  
CRM. 7104



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE

Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001  
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.:12.200.259/0001-65

*OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde. Neste relatório estão expressas as informações constantes no prontuário.*

## RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

D.NASCIMENTO: 22/02/1984

Nº PRONTUÁRIO: 3061885

D.ATENDIMENTO: 18/04/2020

HORA: 5:47:min

ALTA: 20/04/2020

CID: T01

DIAGNÓSTICO: TRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO: ➤ PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO x CARRO TRAZIDO COM IMOBILIZAÇÃO COM IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO

CONDUTA: ➤ INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
➤ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA  
➤ RAIOS DE COXA DIREITA  
➤ CUIDADOS + PRESCRIÇÃO MÉDICA

Maceió, 14 de AGOSTO de 2020.



**DR. GUSTAVO PEDROSA**  
CRM 2484

Tratamento da Dor, Hipnose Clínica e Consultas

*Fernando Ribeiro de Melo*  
Relatório médico

CID = S. 723

Paciente vítima de acidente motor. ~~Fratura do fêmur distal~~.  
Fratura do fêmur distal  
SUBMETIDO A Cirurgia para  
Colocação de material de órtese.  
Evoluiu com "Socoletas" tendo  
sido constatado dor, edema crô-  
nico e claudicação. O exame  
físico evidenciou redução dos  
movimentos e da força muscular  
em 70%. Após sessões de  
tratamento com "altas  
médicas".

CLÍNICO DE DOR  
Dr. Gustavo C. Pedroza  
CRM 2484

01/09/20



Casa de Saúde e Maternidade N. Sra. de Fátima - (82) 3221-6908



Fisioterapia - (82) 3338-4585 (82) 8107-4800



Celular - (82) 9982-2888



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e \* .tjal.jus.br., protocolado em 25/11/2021 às 22:12, sob o número WMAC21702841049. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.tjal.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0706858-40.2021.8.02.0001 e código 54CAEE6.

**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: **3200339120**

Nome do(a) Examinado(a): **FERNANDO PEREIRA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **AV PRINCIPAL III, 1431, CASA, Maceió/AL**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SEDSAL / 35115181**

Data e local do acidente: **18/04/2020 - Maceió/AL**

Data e local do exame: **14/10/2020 - Maceió/AL**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -9.63806 , longitude: -35.73388**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**Fraturas fechadas, diafisárias do fêmur em terço medial e médio distal à direita.**

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

**Procedimento cirúrgico com aposição de placa e parafusos, sem complicações.**

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

Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**Sim**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

**Sim**

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

**Impotência funcional moderada de joelho**

**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 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 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Joelho Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

Segmento do joelho parcialmente congelado em razão da inatividade, após o procedimento cirúrgico para a aposição da placa.



Dra. Iara Santos de Albuquerque  
MÉDICA  
CRM 5424

Para fazer a validação deste documento, procure por "Mo" nas lojas Google Play ou App Store, instale o app em seu celular e faça a leitura do QR code localizado ao lado do código Renavam de seu veículo. Fazendo isto, você será capaz de verificar a autenticidade de seu documento de forma simples e segura, garantindo a fiabilidade desta impressão.



Para saber mais sobre o Vio, acesse:  
<https://servicos.serpro.gov.br/vio>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267527/20

**Vítima:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 700.988.514-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/04/2020

**Titular do CPF:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

**FERNANDO PEREIRA DA SILVA : 700.988.514-11**

- 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: 22/09/2020  
 Nome: FERNANDO PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 700.988.514-11

FERNANDO PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/09/2020  
 Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA  
 CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267527/20

**Número do Sinistro:** 3200339120

**Vítima:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 700.988.514-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/04/2020

**Titular do CPF:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 06/10/2020  
 Nome: FERNANDO PEREIRA DA SILVA  
 CPF: 700.988.514-11

FERNANDO PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/10/2020  
 Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA  
 CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200339120      **Cidade:** Maceió      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 18/04/2020      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fraturas fechadas, diafisárias do fêmur em terço medial e médio distal à direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do joelho direito apresenta joelho normal, flexão aos 40°, extensão aos 50°, ausência de derrames articulares, ausência de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no joelho direito.

**Resultados terapêuticos:** Submetido inicialmente a tratamento conservador com imobilização, sendo posteriormente realizado tratamento cirúrgico com desbridamento de tecidos desvitalizados com ressecção muscular parcial, limpeza exaustiva, osteotomia do fêmur direito, redução das fraturas com uso de parafuso interfragmentário + placa DCP + parafusos. Evoluindo com alta hospitalar.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do joelho direito em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/10/2020

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 25/09/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU LEVE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

Número: 3200339120 Cidade: Maceió Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA Data do acidente: 18/04/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

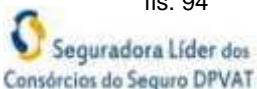
Observações: @1 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267527/20

**Número do Sinistro:** 3200339120

**Vítima:** FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 700.988.514-11

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/04/2020

FERNANDO PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

## 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: 06/10/2020

Nome: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 700.988.514-11

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/10/2020

Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 111.043.804-47

FERNANDO PEREIRA DA SILVA

ALINE ALVES DE OLIVEIRA