

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



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

Valoração 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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 54CAFE6.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01485/01486 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 16201175

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.

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 415/2012

5 - Nome completo: FERNANDO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 700.988.514-11
7 - Profissão: FEIRANTE 8 - Endereço: AV. PRINCIPAL III 9 - Número: 1431 10 - Complemento:
11 - Bairro: BENEITO BENTES 12 - Cidade: MACEIO 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.096-478
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (82) 99105.3064

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ 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: 3391 CONTA: 52790 9 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(s)/nascida(s)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Maceio 21/10/2020

X FERNANDO PEREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

Nº 00044276/2020

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: Muriç - 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			
Estado Civil: União Estável		Naturalidade: Barreiros - PE	
Nome da Mãe: AMARINA DEODORO DA SILVA		Nome do Pai: ALBERTINO PEREIRA 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



Impresso por: Sílvia Eduardo Michel Maia Gomes

Data de Impressão: 25/08/2020 10:15:01

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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



Fls. 74: 2

Visto:

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: guiava 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 vítima. 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(a) 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 Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 415/2012

5 - Nome completo: FERNANDO PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 700.988.514-11
7 - Profissão: FEIRANTE 8 - Endereço: AV. PRINCIPAL III 9 - Número: 1431 10 - Complemento:
11 - Bairro: BENEITO BENTES 12 - Cidade: MACEIO 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.096-478
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (82) 99105.3064

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ 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: 3391 CONTA: 52790 9 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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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(s)/nascida(s)? ☐ 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MACEIO 21/10/2020

X FERNANDO PEREIRA DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

83630000001 7 90180000000 8 00000001487 8 01260920000 9



HOSPITAL GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS

FICHA DE ATENDIMENTO

Nº ATENDIMENTO: 3061885

DATA: 18/4/2020

HORA: 05:47:53

INTERNADO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE: FERNANDO FERREIRA DA SILVA

SEXO: MAS RAÇA/COR: PARDA

DATA NASCITO: 22/02/1984 IDADE: 36 ANOS CPF: 7009885

MÃE: AMARINA DEODORO DA SILVA

RESPONSÁVEL/COMUNICANTE: - OUTROS

NACIONALIDADE: BRASIL

NATURAL DE: ALAGOAS

CIDADE: MACEIO/AL

BAIRRO: BENEDITO BENTES

LOGRADOURO: CJ PARQUE DOS CAETES BL 706 AP SN

OBSERVAÇÕES:

FONE:

DADOS DO ATENDIMENTO

MOTIVO ATENDIMENTO: COLISAO

FORMA CHEGADA: BOMBEIROS AR 51

PROBLEMA RESPIRATÓRIO: NAO

PROCEDÊNCIA: CIDADE UNIVERSITARIA

SETOR: AREA VERMELHA TRAUMA

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
 lesão em MID. Nega alergia medicamentosa.

Exame Físico: ABD sem alterações. Abdo me flácido, indolor a palpação
 sem sinais de irritação peritoneal. Dor, edema e limitação do movimento em coxa (D).

Exames Complementares:

☐ RAIO-X☐ SANGUE☐ URINA☐ TC☐ LIQUOR☐ ECG☐ ULTRASSONOGRAFIA

Hipótese Diagnóstica:

Conduta Clínica

- ① RX de Coxa (D) AP e Perfil
- ② Dipirona 500mg + AD, EV. Agora
- ③ Tilidol 400mg + AD, EV. Agora
- ④ Alta da Emergência Geral
- ⑤ Avaliação da Ortopedia

Enfermagem

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ortopedias

Vítima de queda de moto, com
 com lesão em fêmur D (segunda)
 Neurovascular preservado.

CD: ① Rx

② tração contínua

③ Intunção

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

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e *ital.jus.br., protocolado em 25/11/2021 às 22:12, sob o número WMAC21702841049. Para conferir o original, acesse o site <https://www2.ital.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0706858-40.2021.8.02.0001 e código 54CAEEE6.



Carvalho Beltrão Serviços de Saúde Ltda

CASA DE SAÚDE E MATERNIDADE DE CORURIBE

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 + OSTEOSÍNTESE 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 RJ 7426



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

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

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

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

Idade: 36 anos, 2 meses, 1

Equipe:

Operador: THIAGO DE SOUZA COSTA

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: CARLOS WALFREDO REIS JUNIOR

Diagnóstico Pré

Data Cirurgia: 01/05/2020

FRATURA SEGMENTAR DA DIÁFISE DO FEMUR DIREITO COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
NECROSE MUSCULAR

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 FÊMUR

040806015-8 - MANIPULAÇÃO ARTICULAR

DESCRIÇÃO 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- DIVULSÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
- 5- VISUALIZO LESÃO DE VASTO LATERAL COM NECROSE
- 8- 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 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:h47: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
para Anestesia

Fernando Pereira da Silva

Relatório Médico

CID - S. 723

Paciente vítima de acidente
motorístico quando sofreu
fratura do fêmur direito.
Sobmetido a cirurgia para
colocação de material de ótese.
Evoluiu com "sequelas" tendo
sido constatado dor, edema crô-
nico e claudicação. O exant
físico evidenciou redução dos
movimentos e da força muscular
em 70% - após algumas de
tratamento teve "alta
médica".

04/09/20

CLÍNICO DE DOR
DR. Dr. Gustavo C. Pedrosa
CRM 2484



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



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



Celular - (82) 9982-2888

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1931871141	NOME FERNANDO PEREIRA DA SILVA
	DOG. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 35115181 SEDS AL
	CPF 700.988.514-11
	DATA NASCIMENTO 22/02/1984
PROIBIDO PLASTIFICAR 1931871141	FILIAÇÃO ALBERTINO PEREIRA DA SILVA AMARINA DIONÓRIO DA SILVA
	PERMISSÃO 0000000000
	ACC 00000000
	CAT. HAB. A
	Nº REGISTRO 66989579328
	VALIDADE 13/01/2022
	1ª HABILITAÇÃO 18/01/2018
OBSERVAÇÕES	
ASSINATURA DO PORTADOR FERNANDO PEREIRA DA SILVA	
LOCAL MACEIO, AL	DATA EMISSÃO 04/03/2020
ASSINATURA DO EMISSOR ALAGOAS	
18684108780 AL024284572	

**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 atrofia 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. Nexos 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
MEDICA
CRM 5424

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		gov.br	
<p>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO</p>			
<p>CÓDIGO RENAVAM 01126402343</p>			
<p>PLACA QLE5286</p>	<p>EXERCÍCIO 2020</p>		
<p>ANO FABRICAÇÃO 2017</p>	<p>ANO MODELO 2017</p>		
<p>ESPÉCIE / TIPO PASSAGEIRO MOTOCICLETA</p>			
<p>MARCA / MODELO / VERSÃO HONDA/NCR160 BROS ESBO</p>			
<p>PLACA ANTIGA / UF QLE5286/AL</p>	<p>CANAL 9C2KD0810H8446155</p>		
<p>COR PRECEDENTE VERMELHA</p>	<p>COMBUSTÍVEL ALCOOL/GASOLINA</p>		
<p>OTIMIZAÇÃO PARTICULAR</p>			
<p>CAPACIDADE **</p>			
<p>POTÊNCIA/HORADA OCV/162</p>			
<p>POTÊNCIA/TORQUE 0.29</p>			
<p>VEÍCULO RD08E18446172</p>	<p>CMV **</p>	<p>ENCL *</p>	<p>DATAÇÃO 02P</p>
<p>CLASSIFICAÇÃO NÃO APLICÁVEL</p>			
<p>RENTE FERNANDO FERREIRA DA SILVA</p>			
<p>CH / CNP 700.988.514-11</p>			
<p>LOCAL MACEIO AL</p>			
<p>DATA 30/06/2020</p>			
<p>OBSERVAÇÕES DO VEÍCULO</p> <p>*****</p> <p>*****</p>			
<p>INFORMAÇÕES DE UTILIZAÇÃO</p> <p>Para fazer a validação deste documento, procure por "Vio" 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 fidelidade desta impressão.</p> <p>vio</p> <p>Google Play App Store</p> <p>Para saber mais sobre o Vio, acesse: https://servicos.serpro.gov.br/vio</p>			

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267527/20

Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 700.988.514-11

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO PEREIRA DA
SILVA

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 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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267527/20

Número do Sinistro: 3200339120

Vítima: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 700.988.514-11

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/04/2020

Titular do CPF: FERNANDO PEREIRA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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 atrofia 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.

Sequelae permanentes: Limitação funcional do joelho direito em grau moderado.

Sequelae: 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. 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 %	R\$ 0,00

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
Total			0 %	R\$ 0,00

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-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 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