

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JULIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000048167-0

---

Nr. da Autenticação 2F1389D93180309C

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 21/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: JULIO DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02175

CONTA: 000000048167-0

---

Nr. da Autenticação 5D3AA500DEF33407

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518860 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COLO DO FÊMUR DIREITO. PG6,74,75

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518860 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 30/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 12/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE QUADRIL ESQUERDO .

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 2/3 - CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 01/10/2019 DR MASAYUKI ISHU CRM 1276.  
SINISTRO COM PAGAMENTO EM GRAU - MODERADO DO QUADRIL ESQUERDO - 50%. O COMPLEMENTO APÓS  
ANÁLISE PARA O SINISTRO ATUAL É DE - 25% PARA A QUANTIFICAÇÃO EM GRAU INTENSO DO QUADRIL  
ESQUERDO - 75%.

**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 completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

---

**Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518860**

**Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS**

**Data do Acidente: 30/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JULIO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 00000048167-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 30/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JULIO DA SILVA SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JULIO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000002175

Conta: 00000048167-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# 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:

861.022.165-37 Julio da Silva Santos

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

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

Julio da Silva Santos 861.022.165-37 motokey Rua Helio Carobso 105 América Macapá SE 49080-310 (91) 3222-0817

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: 0287 B CONTA: 27153 B 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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, Macapá - SE 05.09.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/05/2019 12:22 Data/Hora Fim: 31/05/2019 12:37

Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/05/2019 17:45

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Logradouro: Rua Acre

Bairro: Siqueira Campos

Ponto de Referência: Próximo a Rua Dom Pedro I

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ACLECIA DA SILVA SANTOS (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Ilha das Flores

Sexo: Feminino

Nasc: 04/03/1987

Profissão: Desempregado

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva Santos

Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 029.240.095-02

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: R Hélio Cardoso

Bairro: América

Telefone: (79) 99654-1040 (Celular)

Nº: 105

CEP: 49.080-310

Nome Civil: JULIO DA SILVA SANTOS (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 10/09/1994

Profissão: Motoboy

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Iracema Balbino da Silva

Nome do Pai: Sebastião da Silva Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 861.322.165-37

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: R Hélio Cardoso

Bairro: América

Nº: 105

CEP: 49.080-310

Nome Civil: TEOFILO MENDONÇA MELO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 21/09/1989



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto  
Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas  
Data de Impressão: 31/05/2019 12:37  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Marta Maria Mendonça Melo

Nome do Pai: Teofilo Rodrigues Melo

**Documento(s)**

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.134.745-09

**Endereço**

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Av Dulce Diniz

Complemento: bloco F, 401

Bairro: Luzia

Telefone: (79) 99890-7587 (Celular)

Nº: 18

CEP: 49.048-430

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

<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Motocideta/Motoneta
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 029.240.095-02	<b>Placa</b> QME2153
<b>Renavam</b> 01168777752	<b>Número do Motor</b> G3F7E-034736
<b>Número do Chassi</b> 9C6RG3820K0004948	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2019/2018
<b>Cor</b> PRETA	<b>UF Veículo</b> Sergipe
<b>Município Veículo</b> Aracaju	<b>Marca/Modelo</b> YAMAHA/YS150 FAZER SED
<b>Modelo</b> YAMAHA/YS150 FAZER SED	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 18/10/2018	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Adecia da Silva Santos	Proprietário
Julio da Silva Santos	Possuidor
<b>Grupo</b> Veículo	<b>Subgrupo</b> Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
<b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 036.263.245-67	<b>Placa</b> OEP8324
<b>Renavam</b> 00558305849	<b>Número do Motor</b> 1DS617089
<b>Número do Chassi</b> 3G1J85CD2DS617089	<b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2013/2013
<b>Cor</b> BRANCA	<b>UF Veículo</b> Sergipe
<b>Município Veículo</b> Aracaju	<b>Marca/Modelo</b> I/CHEV SONIC LTZ NB AT
<b>Modelo</b> I/CHEV SONIC LTZ NB AT	<b>Veículo Adulterado?</b> Não
<b>Quantidade</b> 1 Unidade	<b>Situação</b> Envolvido
<b>Última Atualização Denatran</b> 01/07/2016	<b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA
<b>Nome Envolvido</b>	<b>Envolvimentos</b>
Teofilo Mendonça Melo	Possuidor

**RELATO/HISTÓRICO**

RELATA A COMUNICANTE QUE O SEU IRMÃO JULIO DA SILVA SANTOS PILOTAVA A SUA MOTOCICLETA PELA RUA ACRE, QUANDO CONVERGIU À ESQUERDA PARA ENTRAR NA RUA DOM PEDRO, ENTRETANTO AO OBSERVA QUE ESTAVA ENTRANDO NA RUA ERRADA, RESOLVEU RETORNAR PARA A RUA ACRE (CONTRA-MÃO) E ACABOU COLIDINDO CONTRA O VEÍCULO GM/SONIC, CONDUZIDO TEOFILLO MENDONÇA MELO; QUE O SEU IRMÃO FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGÊNCIA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA TÍBIA. QUE OCORRERAM DANOS EM AMBOS OS VEÍCULO E SERÃO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 058147/2019

AVALIADOS EM OFICINA ESPECIALIZADA.

  
Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida  
Escrivão da Polícia Judiciária

ASSINATURAS

Marco Antonio Cruz Dantas  
Escrivão de Polícia  
Matrícula 1344  
Responsável pelo Atendimento

\*Declara para os devidos fins de direito que sou 100% (cento por cento) responsável pelas informações acima assentadas e deixo que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



# 220701

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1920517  
CNS:

DATA: 30/05/2019 HORA: 18:32 USUARIO: ALGSANTOS  
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIO DA SILVA SANTOS DOC...:  
IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994 SEXO...: MASCULINO  
ENDERECO.....: RUA ELIO CARDOSO NUMERO:  
COMPLEMENTO...: 209877802680009 BAIRRO: AMERICA  
MUNICIPIO.....: ARACAJU UF: SE CEP....: 49000-000  
NOME PAI/MAE...: SEBASTIAO DA SILVA SANTOS /MARIA IRACEMA BALBINO DA SILV  
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU TEL....: 981086626  
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [ X ] mmHg ] PULSO: [ ] TEMP.: [ ] PESO: [ ]

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

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_/\_\_/\_\_

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

INVESTPREV

05 SET 2019

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

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

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 30/05/19

AS 19.45 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12950169

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei n.º 8.966/94)




JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA  
Lima Robertina



OBSERVAÇÕES



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DO PIAUÍ  
IDENTIDADE DE ADVOGADO



NOME  
JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

INSCRIÇÃO  
13646

FILIAÇÃO  
ANGELO LIBERTO ROBERTINA  
ELIETE DE CAMPOS LIMA

NACIONALIDADE  
MARINGÁ-PR

RG  
10263504-2 - SSP/PR

DATA DE NASCIMENTO  
25/01/1989

CPF  
067.127.729-40

DOADOR DE ÓRGÃO E TECIDOS  
SIM

VIA EXPEDIDO EM  
19/04/2017

FRANCISCO LUCAS COSTA VELOSO  
PRESIDENTE



Ref.:

Sinistro: 3190518860

Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

CPF: 861.322.165-37

À SEGURADORA LÍDER

Prezados Senhores,

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez parcial permanente, solicito que o processo seja reanalisado. Visto que existem sequelas permanentes oriundas da FRATURA SUBTROCANTÉRICA DO FÊMUR ESQUERDO CID.S72.2, conforme o relatório médico em anexo.

Onde, fez tratamentos cirúrgico com placas, pinos e 07 parafusos, porém ficaram as seguintes sequelas: DOR NA COXA E JOELHO ESQUERDO, HIPERTROFIA DA COXA E PERNA, FALTA DE FORÇA NA JOELHO E PERNA, CLAUDICAÇÃO E LIMITAÇÃO DO QUADRIL ESQUERDO.

Meu processo foi pago um valor de R\$ 1.687,50 referente a perda funcional DE 50% do quadril, porém esse pagamento não está correto, uma vez que minha sequela é superior a 75%, como se isso não bastasse a sequela maior foi a perna esquerda, não o quadril como fora pago, mudando assim o coeficiente de cálculo. Ligando para o call center fui orientado a enviar uma nova documentação médica relatório com as descrições das lesões.

Sendo assim, solicito que seja agendada uma perícia médica com médico auditor da CNIS para que sejam constatadas as sequelas permanentes existentes.

Certo de vossa atenção e atendimento, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário a plena elucidação do sinistro, através dos telefones citados logo abaixo.

TELEFONES PARA CONTATO: (79)3222-0817 OU (79) 99969-0167

Julio da Silva Santos

JULIO DA SILVA SANTOS





# Lactise

consultas e exames

## Relatório Médico - DPVAT

- ① Julio de Silva Santos
- ② Idade: 25 anos
- ③ Data do acidente: 30/05/2019
- ④ Diagnóstico:  
Fratura subtrocanterica do fêmur  
esquerdo. CID S77.2.
- ⑤ Tratamento:  
Tratamento cirúrgico e fixação c/  
placa + pino e parafusos.
- ⑥ Sequelas após alta definitiva.
  - a) Presença de material metálico no fêmur E
  - b) Dor na coxa E e joelho E

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

[www.lactise.com.br](http://www.lactise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



**Lactise**  
consultas e exames

- ③ Hipotrofia da coxa e perno
  - ④ Falta de foco no olho e perno
  - ⑤ Limitação do quadril
- Sequelas: 75%

Aracaju, 01/10/2018

Dr. Masayuki Isha  
CRM 1276  
CPF: 453.890.478-34

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

