

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: 00000048167-0

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

Valorização 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
Vítima: JULIO DA SILVA SANTOS

Cidade: Aracaju
Data do acidente: 30/05/2019

Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SUBTROCANTERIANA DE FÉMUR 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 |

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, 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





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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

861.922.165-37

Júlio 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:

Júlio da Silva Santos

6 - CPF:

861.922.165-37

7 - Profissão:

motoboy

8 - Endereço:

Rua Hélio Cardoso

9 - Número:

100

10 - Complemento:

11 - Bairro:

America

12 - Cidade:

Macapá

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

69080-310

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(91) 3022-0817

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:

INVESTPREV

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

05 SET 2019

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0287

B

CONTA:

27183

B

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Não

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (val/nascer)?

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

teve irmãos?

Sim

Não

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA 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 | Meio(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 Nº: 105
Bairro: América CEP: 49.080-310
Telefone: (79) 99654-1040 (Celular)

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 Nº: 105
Bairro: América CEP: 49.080-310

Nome Civil: TEOFILO MENDONÇA MELO (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 21/09/1989



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: Teófilo Rodrigues Melo

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 047.134.745-09

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Av Dulce Diniz

Nº: 18

Complemento: bloco F, 401

Bairro: Luzia

CEP: 49.048-430

Telefone: (79) 99890-7587 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| | |
|---|--|
| Grupo Veículo | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| CPF/CNPJ do Proprietário 029.240.095-02 | Placa QME2153 |
| Renavam 01168777752 | Número do Motor G3F7E-034736 |
| Número do Chassi 9C6RG3820K0004948 | Ano/Modelo Fabricação 2019/2018 |
| Cor PRETA | UF Veículo Sergipe |
| Município Veículo Aracaju | Marca/Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED |
| Modelo YAMAHA/YS150 FAZER SED | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 18/10/2018 | Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA |

| Nome Envolvido | Envolvimentos |
|---|--|
| Alecia da Silva Santos | Proprietário |
| Julio da Silva Santos | Possuidor |
| Grupo Veículo | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon |
| CPF/CNPJ do Proprietário 036.263.245-67 | Placa OEP8324 |
| Renavam 00558305849 | Número do Motor 1DS617089 |
| Número do Chassi 3G1J85CD2DS617089 | Ano/Modelo Fabricação 2013/2013 |
| Cor BRANCA | UF Veículo Sergipe |
| Município Veículo Aracaju | Marca/Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT |
| Modelo I/CHEV SONIC LTZ NB AT | Veículo Adulterado? Não |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido |
| Última Atualização Denatran 01/07/2016 | Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA |
| Nome Envolvido | Envolvimentos |
| Teófilo 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 TEÓFILO MENDONÇA MELO; QUE O SEU IRMÃO FICOU LESIONADO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DE URGENCIA, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NA TÍBIA. QUE OCORRERAM DANOS EM AMBOS OS VEÍCULOS 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.

ASSINATURAS

Carlos Rodrigo Ribeiro de Almeida
Escrivão de Polícia Judiciária

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

"Declara para os devidos efeitos que sou (sou) o(a) autor(a) responsável pelas informações nessa assinatura e deixo que sejam respondidas civil e criminalmente pela presente circunstância que me originou, conforme previsto nos Artigos 339-Delituação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

R2019

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1920517 DATA: 30/05/2019 HORA: 18:32 USUARIO: ALGSANTOS
 CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JULIO DA SILVA SANTOS
 IDADE.....: 24 ANOS NASC: 10/09/1994
 ENDERECO....: RUA ELIO CARDOSO
 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

DOC...:
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO:

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS 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

| | |
|-------------------|--|
| <i>SOL WELTON</i> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

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 [] IMI [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E GATIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - HUSE

REALIZADO EM 30/05/19
 AS 19.45 HORAS

TÉCNICO EM RADIOLOGIA



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 reanalizado. 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 PERNAS, FALTA DE FORÇA NA JOELHO E PERNAS, 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 à 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 Júlio da Silveira Santos.
- 2 Idade: 25 anos.
- 3 Data do acidente: 30/05/2019
- 4 Diagnóstico:
Fratura subtrocanterica de fêmur esquerdo. C.I.D 577.2.
- 5 Tratamento:
Tratamento cirúrgico e fixação com placa + pinos e parafusos.
- 6 Sequelas após alta definitiva.
 - (a) Presença de material metálico no fêmur e
 - (b) Dor no coxo e joelho e

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

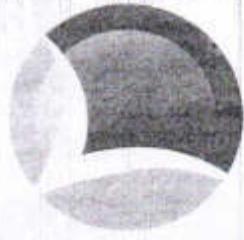
Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

Whatsapp: (79) 3253-7200

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



Lactise
consultas e exames

- c) Hipotrofia da coxa e perna
 - d) Falto de fôrma no joelho e perna
 - e) Limitação do quadril
- Sequelos: 75%

Aracaju, 01/10/2013

Dr. Masayuki Ishii
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.

