

PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:23:01

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

22/10/2018 12:23:01

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Solicito:

Rx.Calcaneo D 2p

Diagnóstico/Relatório: Paciente com artralgia aguda e fratura do calcaneo.

CID 10:M25.5+S92.0

218/0001-007
Ortopedico e Serviços Ltda EPP
Av. Gonzalo Prado Ribeiro, nº 230
Bairro São José - CEP 49.015-200
Ananindeua - PA

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

22/10/2018 12:26:58

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

22/10/2018 12:26:58

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemburg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 22/10/2018 12:26 140942****SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEOS D 2P

Promessa para: 26/10/2018**(Entrega: das 17:00hs às 19:00hs de Segunda a Sexta)****Atendente: MA****Obs: Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.****ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemburg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade: 15/01/1959****Convênio: Particular****Data: 22/10/2018 12:26 140942****SOLICITAÇÃO DE RAIOS X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX CALCANEOS D 2P



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

26/10/2018 15:12:43

USUÁRIO

Laudos

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE

Cardiologia

DATA REVISÃO

26/10/2018 15:12:45

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1421

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO 15/01/1959 **SEXO** Masculino**NOME DA MÃE****NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -
Centro
Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****PESO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos
Idade: 15/01/1959
Convênio: Particular
Médico: Dr. Bráulio Costa Neto
Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.
Fratura impactada calcanear.
Osteofitose plantar do calcâneo.



Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE



LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

23/11/2018 11:03:27

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

23/11/2018 11:04:27

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

Idade: 15/01/1959

Convênio: Particular

Médico: Dr. Bráulio Costa Neto

Data: 22/10/2018

LAUDO RADIOLÓGICO**CALCÂNEO D:**

Discreta osteoporose.

Fratura impactada calcanear.

Osteofitose plantar do calcâneo.


Dr. Gilmário Macedo de Oliveira
RADIOLOGISTA
CRM - 602/SE

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:47:47

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

06/03/2019 11:47:47

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO**ALTURA****PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemburg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 06/03/2019 11:47 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs ás 19:00hs de Segunda a Sexta)

Atendente: MA**Obs:** Favor trazer este documento para pegar o resultado do seu exame. Ele estará disponível até 90 dias após a realização. Expirado o prazo citado o exame será descartado.**ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA.**

Av. Gonçalo Prado Rollemburg, nº: 230 Bairro São José - Aracaju/SE

Tel.: (79) 3218 6800 / 6808 Fax: (79) 3218 6815 / 6816

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos**Idade:** 15/01/1959**Convênio:** Particular**Data:** 06/03/2019 11:47 140942**SOLICITAÇÃO DE RAIO X**

Requisitante: Dr. BCN

EXAMES:

RX TORNOZELO D 2P

Promessa para: 12/03/2019

(Entrega: das 17:00hs ás 19:00hs de Segunda a Sexta)



PEDIDO DE EXAME**DATA INCLUSÃO**

06/03/2019 11:43:14

USUÁRIO

Braulio Costa Neto

REVISÃO

2/2

ESPECIALIDADE**DATA REVISÃO**

06/03/2019 11:45:48

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 1305

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO

15/01/1959

SEXO

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

ALTURA**PERÍMETRO CEFÁLICO****PESO****CONTEÚDO IMPRESSO**

Solicito:

Rx.Tornozelo D 2p

Diagnóstico/Relatório: Paciente com artralgia aguda e sequela de fratura com sinovite, necessitando de avaliação radiográfica para diagnóstico e terapia de urgencia.

CID 10:S92.0+M25.5



Nome: Adelvan Joaquim dos Santos

RELATÓRIO e ATESTADO MÉDICO

Relato e atesto para os devidos fins de direito, que Adelvan Joaquim dos Santos, 60 anos e 2 meses, foi vítima de acidente de trânsito e atendido na minha clínica em 10/09/2018, com fratura do calcaneo direito e entorse do tornozelo direito com lesão ligamentar aguda neste último. Submeteu-se a tratamento especializado desde então e no momento encontra-se com a fratura do calcaneo consolidada e alinhada mas apresenta instabilidade e dor de pequena intensidade à marcha, no tornozelo direito (sequela do acidente).

CID10:S92.0+S93.2



Aracaju, 20 de Março de 2019

Bráulio Costa Neto
Ortopedia
PMS 1305

ORTHO ORTOPEDIA E SERVIÇOS LTDA. EPP
Av. Gênçalo Prado Rolemberg, 230 - B, São José - Tel. (79) 3218-6822 / 3218-6800 - CEP 49015-230 - Aracaju-SE
C.N.P.J.: 02.365.918/0001-60

DETTRAN - SE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SE Nº 014562708162 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VIA 1 CÓD. PENAVAL 01040342760 R.NTR.C. 00049764114 EXERCÍCIO 2018

NOME LATÍCINIOS SANT'ANA MARIA TDA
PLACA QKR7460 EXERCÍCIO 2018

PLACA ANTI/UF QKR7460/SE CHASSI 9314041
ESPECIE/TIPO CAMINHÃO/VEÍCUL. C/F. COMBUSTÍVEL DIESEL

MARCA/MODELO VOLVO 4X2 4F ANO MOD. 2015
CATEGORIA CAP/POV 45T/275C COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA UNICA 100% VENC. COTA UNICA 100% VENC/COTAS
FAIXA IPVA 30% PARCELAMENTO / COTAS 20%
PAGTO 30% PARCELAMENTO / COTAS 30%
PAGTO 30% PARCELAMENTO / COTAS 30%

PRÉMIO TARIFÁRIO 100% PREMIO TOTAL (R\$) 100% DATA DE PAGAMENTO
AL. F 100% PREMIO TOTAL (R\$) 100% DATA DE PAGAMENTO
BANCO DE SUGESTÃO

OBSERVAÇÕES 2037255490000114
POSSUIDOR DO DOCUMENTO DE PÓS-OBIGATÓRIO
MOTOR 426540224164025
NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
LOCAL 29/11/2018 PAGA 29/11/2018
DIFERENÇA PREMIOS 0,00

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 27/11/2018

PLACA QKR7460
VIA 04-4379-225-0001-85 CPF/CNPJ 04-4379-268/0001-85
RENAVAM 1048542960 VW / 17.280 CRM 4X2-4F
ANO FAB 2014 CATHE 10
Nº CHASSI 9536582447 H314041

PRÉMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 17,47
DENATRAN (R\$) 2,16
CUSTO DO SEGURO (R\$) 21,66

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10,15
PAGAMENTO 03/12/2018
COTA ÚNICA PARCELADO PARCELADO
TOTAL A SER PAGO NO BILHETE (R\$) 10,15
DATA DE QUITAÇÃO 25/11/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO CALCÂNEO COM ENTORSE DE TORNOZELO À DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO, EDEMA DE MODERADO VOLUME NO TORNOZELO E PÉ, DOR E BLOQUEIO NO TORNOZELO, RETRO E MESO PÉ, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSAO, FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 13/11/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190611792 **Cidade:** Nossa Senhora da Glória **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/09/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CALCÂNEO DIREITO. P.4,13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.21 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

11/03/2019

PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Adilson Joaquim dos Santos
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Comerciante, portador da cédula
de identidade RG nº 490145, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 169.944.505-20, residente na (endereço
completo) Rua São João 7º 106, Centro, São Paulo - SP, na cidade de
São Paulo, (UF) SP, CEP 01060-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) José Francisco da Rosa,
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233329, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua São João 7º 106, Centro, São Paulo - SP, na cidade de
São Paulo, (UF) SP, CEP 01060-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO
SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Adilson Joaquim dos Santos,
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) S. Paulo, 26.03.19



(assinatura) Adilson Joaquim dos Santos

(RG) 490 145



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190252392

Vítima: ADELVAN JOAQUIM DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADELVAN JOAQUIM DOS 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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

169.944.505-20 Adelvan Joaquim dos Santos

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

Nome completo:

Adelvan Joaquim dos Santos

CPF: 369.944.505-20

Profissão:

Servidor

Endereço:

Av Simplicio E de Souza

Número: 106

Complemento: casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Igreja Senhora da Glória

Estado: SE

E-mail:

Moradordegloria@gmail.com

CEP: 49680-000

Tel.(DDD): 79-99918-9002

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

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO: Caixa

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3303

CONTA: 008 46

(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.

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 atende 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

 Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Igreja Senhora da Glória, 26/03/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032386/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/03/2019 09:33 Data/Hora Fim: 26/03/2019 09:57

Origem: Data: 26/03/2019

Delegado de Polícia: Samuel Souza de Brito Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento À Grupos Vulneráveis - Nossa Senhora da Glória

Data/Hora do Fato: 26/03/2019 09:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora das Dores (SE)

Bairro: Povoado Bravo

CEP: 49.600-000

Tipo do Local: Área Rural

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ALDEVAN JOAQUIM DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Envolvido(a)	Grupo	Subgrupo	Descrição	Vínculo
Aldevan Joaquim dos Santos	Veículo	Caminhão/Caminhão Trator	Placa QKR7460, Chassi 953658244FR514041, N.º Motor 2094026A164025, Renavam 01048542960	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O NOTICIANTE QUE POR VOLTA DAS 09H00 DO DIA 10/09/2018 CONDUZIU O VEÍCULO QKR 1460, CAMINHÃO MUNK DA MARCA VW/17.280, COR BRANCA, EM NOME DO LATÍCÍNIOS SANTA MARIA LTDA (NATVILLE) ATÉ O REFERIDO Povoado, A FIM DE REALIZAR A FUNÇÃO DE DESEMBARQUE DE TANQUES DE REFRIGERAÇÃO UTILIZADOS NA FUNÇÃO DE CAPTAÇÃO LEITEIRA DA REFERIDA EMPRESA, QUANDO ESCORREGOU DA PLATAFORMA DO VEÍCULO E LESIONOU O CALCANEU DIREITO E ENTORSE DIREITO COM LESÃO LIGAMENTAR AGUDA, CONFORME RELATÓRIO MÉDICO EM ANEXO. A PRESENTE COMUNICAÇÃO TEM POR FINALIDADE A OBTENÇÃO DO SEGURO DPVAT.

ASSINATURAS

Diangeles Costa Mesquita
Responsável pelo Atendimento

Aldevan Joaquim dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e 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."



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Diangeles Costa Mesquita
Data de Impressão: 26/03/2019 09:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

06/03/2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO À GRUPOS VULNERÁVEIS - NOSSA
SENHORA DA GLÓRIA - NOSSA SENHORA DA GLÓRIA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 032386/2019

Samuel Souza de Brito Oliveira
Delegado(a) de Polícia



Delegado de Polícia Civil: Samuel Souza de Brito Oliveira
Impresso por: Diangeles Costa Mesquita
Data de Impressão: 26/03/2019 09:57
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

169.944.505-20 Adelvan Joaquim dos Santos

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

Nome completo:

Adelvan Joaquim dos Santos

CPF: 369.944.505-20

Profissão:

Servidor

Endereço:

Av Simplicio E de Souza

Número: 106

Complemento: casa

Bairro:

Centro

Cidade:

Igreja Senhora da Glória

Estado: SE

E-mail:

Moradordegloria@gmail.com

CEP: 49680-000

Tel.(DDD): 79-99918-9002

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

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

Nome do BANCO: Caixa

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGENCIA: 3303

CONTA: 008 46

(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.

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 atende 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avôs 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Igreja Senhora da Glória, 26/03/2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

LAUDO, ATESTADO, TEXTO**DATA INCLUSÃO**

10/09/2018 13:20:39

USUÁRIO

Ortho Ortopedia e Serviços Ltda

REVISÃO

1/1

ESPECIALIDADE

1177019

DATA REVISÃO

10/09/2018 13:20:39

REGISTRO CONSELHO

CRM SE 310

IDENTIFICAÇÃO**PRONTUÁRIO NOME DO PACIENTE**

140942 Adelvan Joaquim dos Santos

DATA NASCIMENTO SEXO

15/01/1959

Masculino

NOME DA MÃE**NATURALIDADE****ENDEREÇO RESIDENCIAL**

Rua Simplicio Francisco de Souza, 106 - -

Centro

Nossa Senhora da Glória - Sergipe - Brasil - -

PESO **ALTURA** **PERÍMETRO CEFÁLICO****CONTEÚDO IMPRESSO****APLICAÇÃO DE MEDICAÇÃO COM TRAMAL + BEXTRA****CLÍNICA ORTHO DAY HOSPITAL**

Nome: Adelvan Joaquim dos Santos Convênio: Particular D. N.: 15/01/1959 Horário: 13:20

Data: 10/09/2018

Recepção: MAX

Médico: BCN

MATERIAL / QUANTIDADE

Seringa descart. 10ml _____ und Algodão _____ bola(s)

Ag. descart. 30x 07 _____ und Povidine Tópico _____ ml

Seringa descart. 5 ml _____ und Curativo _____ und.

Outro ⇒ _____

MEDICAMENTO / QUANTIDADE

Bextra _____ Tramal _____

Adrenalina (1mg) _____ amp Movatec (15 mg) _____ amp

Água Bidestilada _____ amp Profenid _____ amp

Bicarbonato Sódio _____ amp Xilocaina 1% s/v(20ml) _____ amp

Depomedro _____ amp Xilocaina 2% s/v(20ml) _____ amp

Dexametasona _____ amp Xilocaina spray _____ ml

Diprospan _____ amp Soro Fisiológico _____ ml _____ und

Dipirona _____ amp

Outro ⇒ _____

Auxiliar de Enfermagem: _____

Taxa de Procedimento _____

