

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: 23/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000001024229-7

Nr. da Autenticação 7978D0711242DDB9

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Diego dos Santos

RG nº 3.751.257-9, data de expedição 11/10/2013

Órgão Secretaria da Segurança Pública portador do CPF nº 075.197.605-96

com domicílio na cidade de N.ª Sr.ª das Dores, no Estado de

Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua José Teles Barreto, nº 044

complemento no fundo da propriedade, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

João Pedro Santos Gomes, cujo o condutor era

João Pedro Santos Gomes

Veículo: motocicleta Modelo: Honda/NXR160 Bros Ano: 2010

Placa: KGO 5548/SP Chassi: 9C2KDO520AR046941

Data do Acidente: 01/12/2018

Local e Data: N.ª Sr.ª das Dores - 01/12/2018

Diego dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DO 1.º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTOS - Rua
Eduardo Vieira de Melo, 311, Centro, Nossa Senhora
das Dores/SE, TEL. (79) 3266-1876 GLAUBER JUNHO
ANDRADE DE RESENDE - TABELIÃO
Reconheço por Autenticidade a firma de
DIEGO DOS SANTOS em 01/08/2019 e dou fé. Em
testemunho da verdade. ESCRIVENTE SUBSTITUTA:
CAROLINE JORGE RODRIGUES SOBRAL Emol. R\$ 7,37
FUND R\$ 1,47, Total R\$ 8,84 Selo:
201929560009413. Site: www.tjse.jus.br/x/ENY728



AA087774

CARTÓRIO DO 1.º OFÍCIO
Caroline Jorge Rodrigues Sobral
Escrivente Substituta

INVESTPREV

08 AGO 2019

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: João Pedro Santa Junior

DATA DA ENTRADA: 01 / 12 / 2018

DATA DA SAÍDA: 01 / 12 / 2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de sexo masculino, vítima de acidente de trânsito, sendo encaminhado pelo atendente à emergência, onde foi recebido e encaminhado para o pronto-socorro. Paciente com queixa de dor abdominal direita e náuseas. Foi realizado exame físico, sendo constatado que o paciente apresenta dor abdominal direita e náuseas. Foi realizado exame de sangue, sendo constatado que o paciente apresenta anemia. Foi realizado exame de urina, sendo constatado que o paciente apresenta hematuria. Foi realizado exame de fezes, sendo constatado que o paciente apresenta sangue nas fezes. Foi realizado exame de imagem, sendo constatado que o paciente apresenta lesão no intestino delgado. Foi realizado tratamento com analgésicos e antiácidos. Foi realizado acompanhamento clínico e laboratorial. Foi realizado alta médica.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro no prontuário.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de abdome direito
Rx de abdome esquerdo
Rx de tórax AP

MÉDICOS ASSISTENTES:

D. Alvaro Ferreira Alves (Ortopedia e Traumatologia)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (x) TRANSFERIDO () ÓBITO ()

INVESTPREV

05 AGO 2019

ARACAJU, 10 de dezembro de 2018

Marcelo Augusto P. Freitas
Médico

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1821746
CNS:DATA: 01/12/2018 HORA: 15:23 USUARIO: VDMSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PEDRO SANTOS GOMES DOC...:
 IDADE.....: 22 ANOS NASC: 24/06/1996 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO.....: POVOADO MIRANDA NUMERO:
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO.....: CAPELA UF: SE CEP....: 49700-00
 NOME PAI/MAE...: ALVACI SOUZA GOMES /GENILDA DOS SANTOS
 RESPONSAVEL...: PRIMO JOSE ALRINO TEL....: 99873806
 PROCEDENCIA...: CAPELA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *POB. Trauma* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura de clavícula* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: 01/12/2018

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. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Orlando Ferreira Alves
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM - SP: 17406-6/2017

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

**FICHA DE ATENDIMENTO****ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER**

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO:

NOME DA MÃE:

HORA:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO QUEIXA:

FOTOGRAFIA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	LARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE	
10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN	

DESTINO ENCAMINHAMENTO:

COORDENADOR:	COREN:	ASSINATURA:
		DATA: ____/____/____
		HORA: ____ h
RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:	ENF.:	COREN:
DISCRIMINADOR		
às ____ h ____ min.		

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

LOCAL DA PULSEIRA? (S/N)

LOCAL MEMBROS? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)

INVESTPREV

05 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190526440

Cidade: Rosário do Catete

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Data do acidente: 01/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDO (++/+5), PEQUENA ATROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME DE 1/2 DA CLAVÍCULA, EM VIRTUDE DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 100° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

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 completa da mobilidade de um dos ombros	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: 3190526440

Cidade: Rosário do Catete

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Data do acidente: 01/12/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA A DIREITA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDO (++/+5), PEQUENA ATROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME DE 1/2 DA CLAVÍCULA, EM VIRTUDE DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 100° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) João Pedro Santos Gomes
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Camada, portador da cédula
de identidade RG nº 36021970, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 064.629.735-01, residente na (endereço
completo) Povoado Miranda S/N, na cidade de
Capela, (UF) SE, CEP 49200-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) João Marcos Dell Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 21233809, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00, residente na (endereço
completo) Rua Des Silas 1º 217, na cidade de
Nossa Sª da Glória, (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplios 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) João Pedro Santos Gomes
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Capela-SE 02/08/2013

(assinatura)  João Pedro Santos Gomes
(RG) 36021970

Cartório do 1º Ofício
Reconheço a(s) firma(s) p/aut de
João Pedro Santos Gomes.
Dou fé em test. da da Verdade.
Capela-SE, 02 de 08 de 2013
Batista
P/Nailson dos Santos Franco
Escritor

Cartório do 1º Ofício
Selo TJSE: 20192964000691
Acesse: www.tjse.jus.br/x/1926R6

INVESTPREV

05 AGO 2019

OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526440

Vítima: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOAO PEDRO SANTOS GOMES

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, 12 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526440

Vítima: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PEDRO SANTOS GOMES

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, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190526440

Vítima: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Data do Acidente: 01/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PEDRO SANTOS GOMES

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 dos ombros
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: JOAO PEDRO SANTOS GOMES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 047

Agência: 00000044

Conta: 000001024229-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 064.629.735-01 Nome completo da vítima: João Pedro Santos Gomes

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

Nome completo: João Pedro Santos Gomes CPF: 064.629.735-01
Profissão: Corredor Endereço: Rua Miranda Número: 514 Complemento: Casa
Bairro: zona rural Cidade: Capela Estado: SE CEP: 49.700-000
E-mail: marceloedufaria@gmail.com Tel (DDD): 79 9918-9207

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 044 CONTA: 01024229 7

(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 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

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: João Pedro Santos Gomes 05.08.19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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 do mesmo.

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



INVESTPREV

05 AGO 2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190526440
Nome do(a) Examinado(a): Joao Pedro Santos Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Pov Miranda, S/N Casa
Area Rural Capela SE CEP: 49700-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 36021970
Data local do acidente: [01/12/2018]
Data local do exame: [11/10/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE CLAVÍCULA A DIREITA.

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

**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DA FRATURA DE CLAVÍCULA, TIPO '8'.
Complicações: BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS
Data da Alta: 01/12/2018**

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

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDO (++)/5), PEQUENA ATROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, PRESENÇA DE CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME DE 1/2 DA CLAVÍCULA, EM VIRTUDE DA CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DO OMBRO (OMBRO CONGELADO).
ANGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 90° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 20° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 45°)
ANGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 15° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 40°)
ANGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 100° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0° A 180°)**

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO EM OMBRO DIREITO.

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 o 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROSÁRIO DO CATETE

RUA RUA JOÃO DINIZ DE RESENDE, CENTRO FONE:(79)3274-1341

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06584.0-000393

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROSÁRIO DO CATETE

Endereço: RUA RUA JOÃO DINIZ DE RESENDE, CENTRO FONE:(79)3274-1341

FATO

Data e Hora do Fato: 01/12/2018 - 14:00 até 01/12/2018 - 14:00

Endereço: ÁREA RURAL, PX A ENTRADA DO SÍTIO NOVO Número: Complemento: CEP: 49760-000

Bairro: BR-101 Cidade: ROSARIO DO CATETE - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROSÁRIO DO CATETE

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: NENHUM

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOÃO PEDRO SANTOS GOMES

Nome do pai: ALVACI SOUZA GOMES Nome da mãe: GENILDA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 064.629.735-01 RG: 360219700 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: CAPELA Data de nascimento: 24/06/1996 Sexo: Masculino Cor da cutis:

Profissão: TEC. EM SEGURANÇA DO TRABALHO Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO Número: 66 Complemento:

CEP: 49.700-000 Bairro: POVOADO MIRANDA Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: Telefone: 79 99852-4729

HISTÓRICO

Narra o noticiante que no dia e hora acima mencionados estava à serviço da Fazenda Taquari transportando alguns equipamentos; que o noticiante estava com sua moto (PLACA KGO-5548, PROPRIEDADE DIEGO DOS SANTOS); que o noticiante ao passar pela entrada do Sítio Novo caiu numa vala; que o noticiante foi levado para o HUSE por um parente chamado JOSÉ AURINO DOS SANTOS (que reside no povoado MIRANDA em Capela/SE); que o noticiante no acidente quebrou a clavícula direita; que não houve outras vítimas.

Data e hora da comunicação: 21/12/2018 às 10:44

Última Alteração: 21/12/2018 às 10:39.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

JOÃO PEDRO SANTOS GOMES
Responsável pela comunicação

Leonardo Barreto da Medeiros Trigueiros
Responsável pelo preenchimento

INVESTPREV

05 AGO 2019

NÚCLEO DE VIGILÂNCIA
ATO

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1821746
CNS:

DATA: 01/12/2018 HORA: 15:23 USUARIO: VDMSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PEDRO SANTOS GOMES DOC...:
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 24/06/1996 SEXO...: MASCULI
ENDERECO.....: POVOADO MIRANDA NUMERO:
COMPLEMENTO...: BAIRRO: ZONA RURAL
MUNICIPIO.....: CAPELA UF: SE CEP....: 49700-0
NOME PAI/MAE...: ALVACI SOUZA GOMES /GENILDA DOS SANTOS
RESPONSAVEL...: PRIMO JOSE ALRINO TEL....: 9987380
PROCEDENCIA...: CAPELA
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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: *fractura de antebraço* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fractura de antebraço* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1. A dor diminuir

2. A dor persistir a ser controlada

3. A dor voltar - 15/12

4. A dor voltar após 15 dias

DATA DA SAIDA: *01/12/2018*

HORA DA SAIDA: :
[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

*Orlando Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM - SP: 170160/1-02/2017*

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

INVESTPREV

05 AGO 2019