



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

MACAMBIRA/COMARCA DE CAMPO DO BRITO DA COMARCA DE MACAMBIRA
Rua Bartolomeu Rodrigues da Cruz, Bairro Centro, Macambira/SE, CEP 49565000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202063100232
Número Único: 0000215-69.2020.8.25.0012
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 23/06/2020
Competência: Macambira/Comarca de Campo do Brito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
 - DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: MACAMBIRA - Estado: SE - CEP: 49565000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEQUANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

MACAMBIRA/COMARCA DE CAMPO DO BRITO DA COMARCA DE MACAMBIRA
Rua Bartolomeu Rodrigues da Cruz, Bairro Centro, Macambira/SE, CEP 49565000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

MACAMBIRA/COMARCA DE CAMPO DO BRITO DA COMARCA DE MACAMBIRA
Rua Bartolomeu Rodrigues da Cruz, Bairro Centro, Macambira/SE, CEP 49565000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202063100232

DATA:

01/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901124502424 às 12:45 em 01/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON FERREIRA DO AMARAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04089

CONTA: 000000049974-7

Nr. da Autenticação 8E1A2A734CC58C52

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190328959 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON FERREIRA DO AMARAL **Data do acidente:** 18/12/2018 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE DIÁFISE DA ULNA E OLECRÂNIO ESQUERDO
 FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO COTOVELO E ANTEBRAÇO COM PONTOS DE FLUTUAÇÃO E DRENAGEM DE SECREÇÃO, ATROFIA MUSCULAR BRAÇO E ANTEBRAÇO POR DESUSO, BLOQUEIO, SEVERO E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, DOR E EDEMA NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO E EXTENSÃO, FLEXÃO, PRONAÇÃO E SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO PUNHO E MÃO, COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/+4), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/5+), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO. AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 29/05/2019

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 membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190328959

Vítima: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Data do Acidente: 18/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON FERREIRA DO AMARAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000004089

Conta: 0000049974-7

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.





INVESTPREV

17 MAI 2019

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:

Nome completo da vítima:

212.679.948-43 Altam Ferreira do Amaral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Endereço:

CEP:

Profissão:

Jardineiro Av. Gov. Jairzinho Alves Filho

Número:

Bairro:

Sentro

Cidade:

São Miguel do Sul

Estado:

SC

CEP:

E-mail:

marcondesferreira@gmail.com

Complemento:

127 casa

49535-000

2999189207

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4089

CONTA: 49974

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sorridente 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 Lider 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 Falecidos: _____ Vítima deixou Nascimento (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

59.690.000.16.05.19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

17 MAI 2019

2º | 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 RODO, 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 de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190328959
Nome do(a) Examinado(a): Ailton Ferreira do Amaral
Endereço do(a) Examinado(a): Av Gov Joao Alves Filho, 127 Casa
Centro Sao Miguel do Aleixo SE CEP: 49535-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 39680197
Data local do acidente: [18/12/2018]
Data local do exame: [29/05/2019] 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 DIÁFISE DA ULNA E OLECRÂNIO ESQUERDO
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO**

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE OLECRÂNIO COM PLACA E PARAFUSO E REDUÇÃO INCRUENTA E IMOBILIZAÇÃO COM TALA GESSADA DA FRATURA DE ULNA, E IMOBILIZAÇÃO COM APARELHO GESSIONADO DA FRATURA DE TORNOZELO.

Complicações: BLOQUEIO MODERADO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.

Data da Alta: 08/01/2019

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO E ANTEBRAÇO DIMINUÍDA (+++/5+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE POSTERIOR DO COTOVELO E ANTEBRAÇO COM PONTOS DE FLUTUAÇÃO E DRENAGEM DE SECRECÃO, ATROFIA MUSCULAR BRAÇO E ANTEBRAÇO POR DESUSO, BLOQUEIO, SEVERO E CREPITAÇÃO NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, DOR E EDEMA NO COTOVELO, ANTEBRAÇO E MÃO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO COTOVELO E EXTENSÃO, FLEXÃO, PRONADAÇÃO E SUPINAÇÃO DO ANTEBRAÇO PUNHO E MÃO, COTOVELO EM FLEXÃO CONTINUA, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4+), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDO (+++/5+), EM VIRTUDE DA DOR, AUMENTO DO VOLUME DO TORNOZELO EM VIRTUDE DO EDEMA E CALO ÓSSEO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO LEVE DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DORSIFLEXÃO 15° / EXTENSÃO 30°

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

Sim Não

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

Sim Não

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

**DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO**

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):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

% 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 Júnior
Manoel Otacilio Nascimento Júnior
Clínica e Auditória Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020554/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/02/2019 16:11 Data/Hora Fim: 21/02/2019 16:30
Delegado de Polícia: Eurico César Souza Nascimento

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Ribeirópolis

Data/Hora do Fato: 18/12/2018 23:00

Local do Fato

Município: Ribeirópolis (SE)

Bairro: Povoado Queimadas

Logradouro: Rodovia Rota do Sertão

Complemento: próximo a entrada do Povoado Cruz das Graças

CEP: 49.530-000

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: AILTON FERREIRA DO AMARAL (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: BA - Medeiros Neto Sexo: Masculino Nasc: 13/08/1967
Profissão: Vendedor
Estado Civil: Divorciado(a)
Nome da Mãe: Rita Maria Ferreira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 30680197

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 212.679.948-43

Endereço

Município: São Miguel do Aleixo - SE

Nº: 30

Logradouro: Avenida 26 de novembro

CEP: 49.530-000

Bairro: Centro

Telefone: (79) 99999-8057 (Celular)

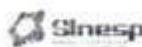
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
Placa: QME-8508	Renavam: 01165233620
Ano/Modelo Fabricação: 2018/2018	Veículo Adulterado? Não
Quantidade: 1 Unidade	Situação: Envolvido, Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ailton Ferreira do Amaral	Proprietário
Grupo: Animal	Subgrupo: Animal Silvestre
Descrição: Cavalo	Situação: Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
Ailton Ferreira do Amaral	Exibidor

Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nascimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 21/02/2019 16:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



INVESTPREV

17 MAI 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE RIBEIRÓPOLIS - RIBEIRÓPOLIS - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020554/2019

RELATO/HISTÓRICO

Relata que na noite do dia 18/12/2018 estava retornando de um culto na Igreja Congregação Cristã do Brasil localizada no Povoado Fazendinha, neste município e ao retornar para sua residência acabou ocorrendo o acidente. Que um carro que vinha no sentido contrário com o farol alto prejudicou a visualização do comunicante que acabou colidindo num cavalo. Que no momento conseguiu ligar para o Samu e para um irmão da Igreja chamado Aderbal. Que foi levado para o Hospital de Itabaiana, mas como não tinha cirurgião foi encaminhando para o HUSE em Aracaju. Que ainda se recupera da cirurgia sofrida no braço esquerdo para colocação de platina. Além da grave lesão no braço sofreu uma fratura no tornozelo esquerdo.

ASSINATURAS

Matheus Fraga Correa
Responsável pelo Atendimento

Alilton Ferreira do Amaral
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (não) unico(a) responsável pelas informações acima apresentadas e declaro que prometo responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo, conforme previsto nos Artigos 339-Condenação Culposa e 340-Condenação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

17 MAI 2019



Delegado de Polícia Civil: Eurico César Souza Nasimento
Impresso por: Matheus Fraga Correa
Data de Impressão: 21/02/2019 16:30
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

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:

Nome completo da vítima:

212.679.948-43 Altam Ferreira do Amaral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

CPF: 212.679.948-43

Profissão:

Jardineiro

Endereço:

Av. Gov. Jairzinho Alves Filho

Número: 127

Complemento: casa

Bairro:

Sentro

Cidade:

São Miguel do Sul

Estado:

SC

CEP:

49535-000

E-mail:

marcondesferreira@gmail.com

Tel. (DDD):

4999189207

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 4089

CONTA: 49974

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sorridente 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):

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou |
| <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou |
| <input type="checkbox"/> 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 Lider 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 Falecidos: _____ Vítima deixou Nascimento (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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:

59. Sra. Da Glória 16.05.19

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

INVESTPREV

Assinatura

17 MAI 2019

2º | 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 RODO, 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.

A3-3

05628/ALP

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349
CNS:DATA: 19/12/2018 HORA: 01:29 USUARIO: MOLIVEIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: AILTON FERREIRA DO AMARAL
IDADE: 51 ANOS NASC: 13/08/1967
ENDERECO: AVENIDA 26 DE SETEMBRO
COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP: -
NOME PAI/MAE: /
RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE TEL.: 79-99966.6439
PROCEDENCIA: SAO MIGUEL DO ALEIXO
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (cont.)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: / /

Paciente trazido pelo SAMU em protocolo vítima de colisão moto-veículo.
Não usava capacete, relata lesões em ambulância e queixa-se de dor em colo e perna E. e HAS. Nega DM e alergias. Nego rinite ou tosse.

Paciente do SAMU que foi feito duplo exame e profissional ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ao exame: A via aérea livre, B levo abd. Solto, C fco. seg. abd flácido, peritrofônico e gurgantil, e retrações em peito e relato pelo SAMU de grande edema em colo e E. no momento imobilizado.

DIAGNOSTICO:

INVESTIGACAO

CID:

PRESCRICAO

17 MAI 2019

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de mordida superior E em AP e perfil

2) Rx de perna E em AP e perfil

3) Av. da ortopedia

Ana Carolina C. Moura
Médica Residente
Cirurgia Geral - HUFE
CRM/SE: 5621

4) Av. da NCR

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL: (SETOR):

REGISTRO:

bem:

horário:

EVASAO:

Técnico:

HORA DA SAIDA:

: :

DESTITUICAO:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

INVESTIGACAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:

:



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Ailton Ferreira de Amorim

19/12/2018

08/01/2019

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 () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de moto
horjado pelo SAMU em preceito com ferimento
e liga em estômico e perna E. O Rx
mostrou lesão de estômico e tornozelo
E (de tratamento conseguindo). Os TC Cervi-
ciano, braço, membro, fígado subnormal
e retardo de festão de ulna e
luxação de estômico com fixação interna
com placas e parafuso e fios de Kirsch-
ner no estômico e seu significado.
Envolto bem e seu alto hospital.
Tal:

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Reduz e fixa interna e/ou placa e fe-
rimento do estômico e ulna.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx membro superior E / Perne E
TE exames / cefalograma
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francisco Vareconcelos
Dr. Rafael Vareconcelos
Dr. Henrique Taylors
Dr. Sergio Callegari
Dr. Rodolfo Alencar
Dr. Wictor Tufarelli

INVESTPREV

17 MAI 2019

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

ARACAJU, 25 de Janeiro de 2019

Antônio Pinheiro Barreto
Especialização em UCI
CIF 138.476.655-3 CRN 78

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

A3-3

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

05/625/VER

No. DO BE: 1830349
CNS:DATA: 19/12/2018 HORA: 01:29 USUARIO: AAOLIVEIRA
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: AILTON FERREIRA DO AMARAL
 IDADE: 51 ANOS NASC: 13/08/1967
 ENDERECO: AVENIDA 26 DE SETEMBRO
 COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO
 MUNICIPIO: SAO MIGUEL DO ALEIXO
 NOME PAI/MAE:
 RESPONSAVEL: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO - JOSE
 PROCEDENCIA: SAO MIGUEL DO ALEIXO
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (cont.)
 CASO POLICIAL: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO
 PLANO DE SAUDE: NAO
 VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC...: MASCULINO
 SEXO...: MASCULINO
 NUMERO: 123
 UF: SE CEP...:
 TEL...: 79-99966.6439
 TRAUMA: 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:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

Paciente trazido pelo SAMU em protocolo vítima de colisão moto-veículo. Não usava capacete, relata lesões em ambulância e queixa-se de dor em colo do E e perna E. EHAS, ruga dm. alegou. Ninguém respondeu ou notou

Paciente do SAMU que foi feito deslocamento e preparado
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: De escuro. A via aérea aberta. B braço direito, Sest 49, eferverg. dor flácido, pele estorvo, e eczema 15, e invervedores em perna E e relato pelo SAMU de grande edema em colo do E, no momento imobilizado

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de membro superior E em AP e perfil

2) Rx de perna E em OP e perfil

3) Av. da ortopedia

4) Av. da NCR

Ana Carolina C. Moura
 Médica Residente
 Cirurgia Geral - HUSE
 CRM/SE 5621
 CAD/SE

TOMOGRAFIA

REGISTRO:

Data:

Horas:

EVASAO:

Técnico:

DISPENSACAO:

Médico:

Assinatura:



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: D. M. Ferreira do Amaral
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fractura @ + luxação obturada
 CIRURGIA REALIZADA: RDF + Redução luxação e osteosíntese
 CIRURGIÃO: Sergio Cabral
 AUXILIARES: Victor Vaz
 ANESTESIA: Geral ANESTESISTA Jose M.

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Paciente c DDH sob orientação
- ② Desessepse + comp + gaveta
- ③ Accesso direto o uso de extase aty osteosíntese
- ④ Redução aberta e fixação interna
5. profuso + parafuso e olecranitoces ab obturada
6. C PK
7. Coluna luxação
8. Limpeza
9. Sutura + curativo + fdb
10. D SRRP

DATA: 03/01/12

Dr. Sérgio Cabral
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgião de Ortopedia e Colovelo
 CRM: 3380

Assinatura do Cirurgião

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG	Nº:	SNE	Nº:	FOGARTY	Nº:	TRAQUEÓSTOMO	Nº:	GUEDEL	Nº:
DRENOS	SUCÇÃO		Nº		TÓRAX	Nº		PENROSE	Nº
	ABDOMINAL		Nº		PIZZER	Nº		KHER	Nº
	BLAKE		Nº		OUTROS				
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY		SEM RESTRIÇÃO			COM RESTRIÇÃO		VIAS	Nº:	
FOLLEY	Nº:	FOLLEY SILICONE		Nº	SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:	
PASSADA POR						ANÁTOMO PATOLÓGICO	Nº PEÇAS		
SINAIS VITais									
FC (BPM)	57	57							
SpO2 (%)	99	99							
EPICO2 (mmHg)									
PA (mmHg)	122	83	124	92					
PAI (mmHg)									
FR (RPM)	11	15							
TEMP (°C)									
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM									
HORA	REGISTRO					ASSINATURA			
05/01/19	Paciente admitido em 50 I paciente da enfermaria, calmo, acalmo tico, br. clérigo, sup. nélco, interbatizado, conciente, rufim em 160 de cip com hidrocloride de cip hidrocloride de cip e pirocaina e nero forte submetendo a traçamento cirúrgico com cuidado de DR singular e maior								
14:00	Paciente posicionado em mesa cirúrgica realizando anestesia geral por DR ze. alívio incluindo tubo intubado 7,5 com osucino								
14:20	Início do procedimento								
15:30	Paciente em trans-operatório realizando hemostasia cirúrgica								
16:00	Finalização do procedimento								
16:05	Paciente em caminha do piso 5R PA extubado aspirado com cip com metaclopramida e curariclo em regiões cirúrgicas tec jesy 1652448								
INVESTPREV									
17 MAI 2019									
ENCAMINADO PARA:									

ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON FERREIRA DO AMARAL

BANCO: 341

AGÊNCIA: 09113

CONTA: 000000030809-3

Autenticação:

31275945C95C56C4BEDFF2921BE1A9D5BF6E54F5CD49622C3A859509199E5429

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2013618819 **Cidade:** Campinas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON FERREIRA DO AMARAL **Data do acidente:** 19/06/2013 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de Fíbula Distal D

Descrição do exame Paciente vítima de acidente de Moto foi socorrido sendo encaminhado para Hospital Ouro Verde onde após avaliação **médico pericial:** do colega assistente foi diagnosticado:Fratura de Fíbula Distal D

Resultados terapêuticos: Paciente apresenta exame de RX com sua identificação porem sem data apresentando fratura distal de fíbula com desvio em perna D Tratamento:Foi indicado tratamento conservador para o trauma referido da fratura em fibula distal perna D sendo que ficou imobilizado/ sem deambular por 2 meses. Reabilitação: Realizou reabilitação com fisioterapia e informa que evoluiu com alterações funcionais. Alta: Alta em Dezembro de 2014

Sequelas permanentes: Paciente apresenta alteração de ADM em Tornozelo D sendo que consegue realizar os movimentos ativos de Flexão Dorsal que chega até 25 graus e Flexão Plantar que chega até 25 graus, adução 25 graus e abdução 15 graus. Deambula com claudicação +++++

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/03/2015

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Campinas/SP.

Médico examinador: Alexandre Ferreira

CRM do médico: 77146

UF do CRM do médico: SP

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

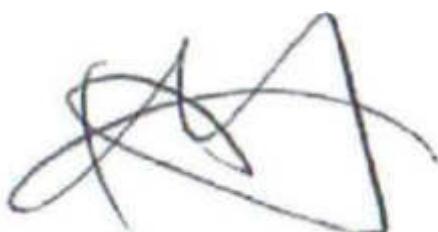
Mozes e Sztrajman Médicos Associados S/C Ltda

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:





Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2015

Carta n°: 6786265

A/C: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Sinistro: 2013618819
Vitima: AILTON FERREIRA DO AMARAL
Data Acidente: 19/06/2013
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000009113

Conta: 0000030809-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
--	-----	-----------------

Multa:	R\$	0,00
---------------	-----	-------------

Juros:	R\$	0,00
---------------	-----	-------------

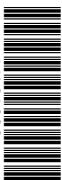
Total creditado:	R\$	1.687,50
-------------------------	-----	-----------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Favor encaminhar telefone de contato para agendamento de pericia.

Telefone: (19) 3235-3259 Arnaldo

Email: previsaodpvatcampinas@ig.com.br

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **AILTON FERREIRA DO AMARAL** Sinistro: **2013618819** Data: **19/06/2013**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Onze, 201, BL 6 AP 52 - Res P Seguro - Campinas - SP - CEP 13057-424**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[SSP/SP/SP] 30680197**

Data local do exame: **[18/03/2015] Campinas** [**SP**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
**Fratura de Fíbula Distal D. Paciente vítima de acidente de Moto foi socorrido sendo encaminhado para Hospital Ouro Verde onde
após avaliação do colega assistente foi diagnosticado:Fratura de Fíbula Distal D**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Paciente apresenta exame de RX com sua identificação porém sem data apresentando fratura distal de fibula com desvio em perna D Tratamento:Foi indicado tratamento conservador para o trauma referido da fratura em fibula distal perna D sendo que ficou imobilizado/ sem deambular por 2 meses. Reabilitação: Realizou reabilitação com fisioterapia e informa que evoluiu com alterações funcionais. Alta: Alta em Dezembro de 2014

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Paciente apresenta alteração de ADM em Tornozelo D sendo que consegue realizar os movimentos ativos de Flexão Dorsal que chega até 25 graus e Flexão Plantar que chega até 25 graus, adução 25 graus e abdução 15 graus. Deambula com claudicação +++++

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo D

% do dano: () 10% residual (**X**) 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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinalar a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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

Procedida avaliação médica na cidade de Campinas/SP.



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

*1004037



FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

PÁGINA: 10



LAUDO PARA EXAME MÉDICO

PRONTO SOCORRO:



Declaro para fins de registro de acidente de trabalho, que o Sr.(a) Anthony Ferreira da Silva foi atendido neste Pronto Socorro conforme descrito abaixo, referindo que a lesão apresentada tinha sido consequência de acidente de trabalho.

O mesmo deverá encaminhar-se para Unidade de Saúde mais próxima de sua residência ou local de trabalho, onde deverá ser submetido a acompanhamento médico e realizar os procedimentos de notificação previdenciária cabíveis para o caso.

DATA DE ATENDIMENTO:

DESCRÍÇÃO DA(S) LESÃO(ES):

DIAGNÓSTICO PROVAVEL:

MÉDICO DE ATENDIMENTO (assinatura e carimbo):

190613

Anthony Ferreira da Silva

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

09

PÁGINA:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

190613
DOCUMENTAÇÃO MEDICO HOSPITALAR

OBSERVAÇÕES:

CURATIVO	VAT	SUTURA	IMMOBILIZAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

ANALGÉSICOS	ANTIBIÓTICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

DATA:

190613

O PACIENTE DEVE PROCURAR A UNIDADE DE SAÚDE O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL



**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO**



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

INICIADO: 19/06/2013 20:11hs e EMITIDO: 19/06/2013 20:19h
JRLPPVBCDGEJG'

Folha :

Boletim de Ocorrência de Autoria Conhecida.

Natureza(s):

Espécie: L 9503/97 - Código de Trânsito Brasileiro

Natureza: Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor (Art. 303)
ConsumadoLocal: RUA MARIA GIANOTTI LOVATTO X MIGUEL CAS, 0 - JD SAO JOAO
CAMPINAS - SP

Tipo de local: Via pública - Via pública

Circunscrição: 06 D.P. - CAMPINAS

Ocorrência: 19/06/2013 às 18:00 horas

Comunicação: 19/06/2013 às 20:01 horas

Elaboração: 19/06/2013 às 20:11 horas

Flagrante: Não

Vitima:

- AILTON FERREIRA DO AMARAL - Não presente ao plantão - RG: 30680197-SP
emitido em 08/06/2010 - Exibiu o RG original: Não
Pai: MANOEL PEREIRA DO AMARAL - Mãe: RITA MARIA FERREIRA
Natural de: MEDEIROS NETO -BA - Nacionalidade: BRASILEIRA
Sexo: Masculino - Nascimento: 13/08/1967 45 anos - Estado civil: Casado
Profissão: AJUDANTE - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 21267994843
Cutis: Branca - Endereço Residencial: RUA ONZE, 201 - VIDA NOVA I
CAMPINAS - SP (BLOCO C APTO 52) - Telefones: (19) 9147-8845 (Residencial)

Partes:

- JOSE DOS REIS NUNES DA SILVA - Não presente ao plantão - RG: 18968234-SP
emitido em 17/02/2010 - Exibiu o RG original: Não
Pai: JOAO NUNES DA SILVA - Mãe: MARIA FILHO DOS ANJOS DA SILVA
Natural de: S.JOAO DO PIAUI -PI - Nacionalidade: BRASILEIRA
Sexo: Masculino - Nascimento: 06/01/1963 50 anos - Estado civil: Casado
Profissão: CARPINTERO(A) - Instrução: 1 Grau completo - CPF: 06910906888
Cutis: Parda - Endereço Residencial: RUA MARIA GIANOTTI LOVATTO , 0
SAO JOAO - CAMPINAS. - SP - Telefones: (19) 9238-4248 (Residencial)

Veículos:

- Placa: BXF3870 - Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP - UF: SP
Chassis: 9BFZZZ33ZSP004614 - RENAVAM: 634021320

09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia : AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO-CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100
Telefone: (19)3266-5737

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS	
27 SET. 2013	
05	
PÁGINA: _____	



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

Folha :
INICIADO: 19/06/2013 20:11hs e EMITIDO: 19/06/2013 20:19h

JRLPPVCBDGEEJG

Marca/Modelo: FORD/VERSAILLES 1.8 I GL - Tipo: AUTOMÓVEL

Ano fabricação: 1995 - Ano modelo: 1995 - Cor: Vermelho

Combustível: Gasolina - Proprietário: JOSE DOS REIS NUNES DA SILVA

Ocorrência: Envolvido - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado

- Placa: DNV3129 - Cidade: CAMPINAS - UF: SP - Chassis: 9C2KC08508R081512
RENAVAM: 972895132

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES - Tipo: MOTOCICLO

Ano fabricação: 2008 - Ano modelo: 2008 - Cor: Vermelho

Combustível: Gasolina - Proprietário: EDICARLOS FERREIRA DO AMARAL

Ocorrência: Envolvido - Local: Via Pública - Segurado: Ignorado

Observações: RETIRADA DO LOCAL POR POPULARES

IMPORTANTE:

- | Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares. 06
- | O pagamento será feito diretamente à vítima pela seguradora consorciada, ou na forma do art.792, do Código Civil, no prazo de 03 (três) anos, a partir da data do acidente.
- | O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado, com o pagamento no prazo de 30 (trinta) dias da apresentação dos seguintes documentos:
- | I- Certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiário no caso de morte;
- | II- Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente * no caso de danos pessoais.
- | Para tirar dúvidas e mais esclarecimentos, acesse www.dpvatseguro.com.br, ou pelo telefone 0800-0221204.

**FUTROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

27 SET. 2013

PÁGINA: 06

Histórico:

Comparece nesta distrital, o Policial Militar Sd. Pm Rocha -RE 138119-9, com a vtr i 47 305 noticiando que pelo local dos fatos o condutor da motocicleta, Ailton, trafegava pela Rua Miguel Cascaldi quando colidiu com o veículo Ford

09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia : AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO-CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100

Telefone: (19)3266-5737



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE SÃO PAULO



Dependência: 09º D.P. CAMPINAS

Boletim No.: 4081/2013

Folha :

INICIADO: 19/06/2013 20:11hs e EMITIDO: 19/06/2013 20:19h

JRLPPVCBDGEEJG'

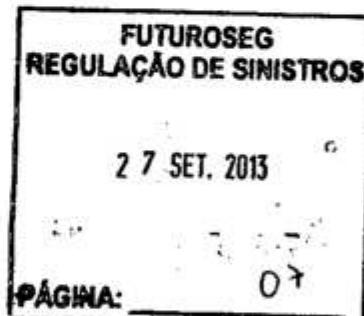
Versales conduzido, Jose. Em razão da colisão Ailton sofreu ferimentos e foi socorrido ao pronto socorro Ouro Verde onde permaneceu internado em razão de fratura na perna direita. Obs.: ocorrência supervisionada a distância pelo delegado Dr. Mario Bergamo Junior.

Solução:

ENCAMINHAMENTO DP ÁREA DO FATO

CHARLES HENRIQUE M. MATIAS
AGENTE POLICIAL

LUIS PAULO DE OLIVEIRA SILVA
DELEGADO DE POLÍCIA



09º D.P. CAMPINAS

Endereço da delegacia: AV SUAÇUNA, 325 - JD AEROPORTO - CAMPINAS-SP. CEP: 13054-100

Telefone: (19)3266-5737



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 2013 618819 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização do Banco.

EU, Rilton Ferreira de Amorim,PORTADORA(A) DO RG N° 30680197 EXPEDIDO POR SSP - SP EM 10/12/11 ECPF 20126299981-43 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA O MESMO. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

01

PÁGINA:

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento de comprovação de dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 341 - AGENCIA 9113 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE 28312-2

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 - AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 - AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 - AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 - AGENCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGENCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL DATA ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Rilton Ferreira de Amorim

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvtseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0200-0221204.



Itaú Bankline

Comprovante de operação**Transferência de conta corrente para conta corrente****Dados da conta debitada:**

Nome: BRUNO JOSE VALENTIM BERNARDES
Agência: 9113 Conta corrente: 26844-6

Dados da conta creditada:

Nome: AILTON FERREIRA DO AMARAL
Agência: 9113 Conta corrente: 28312-2

Valor da transferência: R\$ 0,01

Transferência efetuada em 02/10/2013 às 14:05:53h via Internet, CTRL 726732405

Autenticação:

9322CA8108DC8F6A932C805C1A6A33166B7ACE3A

Consultas, informações e serviços transacionais, acesse itau.com.br ou ligue 4004 4828 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800 970 4828 (demais localidades), todos os dias, 24 horas por dia ou procure sua agência. Reclamações, cancelamentos e informações gerais, ligue para o SAC: 0800 728 0728, todos os dias, 24 horas por dia. Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, contate a Ouvidoria: 0800 570 0011, em dias úteis, das 9h às 18h. Deficiente auditivo/fala: 0800 722 1722, todos os dias, 24 horas por dia.

