



**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	Distribuição: 23/06/2020
Número Único: 0000215-69.2020.8.25.0012	Competência: Macambira/Comarca de Campo do Brito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**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 JEOVANY 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 Apensados:**

--

**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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

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

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO RICARDO OMBILETON (IJOINT)

8210-7

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Ailton Ferreira do Amaral*

ASSINATURA DO TITULAR

REGISTRO GERAL

30.680.197-8

DATA DE EXPEDICAO 08/JUN/2010

NOME AILTON FERREIRA DO AMARAL

FILIAÇÃO MANOEL PEREIRA DO AMARAL

E RITA MARIA FERREIRA

NATURALIDADE MEDEIROS NETO -BA

DATA DE NASCIMENTO 13/AGO/1967

DOC ORIGEM CAMPINAS SP

TERCEIRO SUBDISTRITO

CC: IV.B201/FLS.202 /N.031784

CPF 21267994843

DELEGADO DIVISÃO DE IDENTIFICACAO

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

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: 212.679.948-43 Nome completo da vítima: Altamir Ferreira do Amaral

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

Nome completo: Altamir Ferreira do Amaral CPF: 212.679.948-43  
Profissão: Servador Endereço: Av. Gov. João Alves Filho Número: 127 Complemento: casa  
Bairro: Centro Cidade: São Miguel do Aleixo Estado: SE CEP: 49535-000  
E-mail: marcondesferreira@gmail.com Tel. (DDD): 7999189207

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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) ☐ Divorçado ☐ 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/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, São João de Queiroz 16.05.19

Nome: CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

17 MAI 2019

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 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 GESSADO 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 DIMINUIDA (+++/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 CONTÍNUA, 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 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 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

☒ (X) 50% médio ☐ ( ) 75% intensa ☐ ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% 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

- 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  
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

Logradouro: Avenida 26 de novembro

Nº: 30

Bairro: Centro

CEP: 49.530-000

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 Itabalana, 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

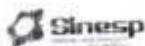


Alton Ferreira do Amaral  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (são) único(s) responsável(is) pelas informações acima levantadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

17 MAI 2019



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 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: 212.679.948-43 Nome completo da vítima: Altam Ferreira do Amaral

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

Nome completo: Altam Ferreira do Amaral CPF: 212.679.948-43  
Profissão: Servador Endereço: Av. Gov. João Alves Filho Número: 127 Complemento: casa  
Bairro: Centro Cidade: São Miguel do Aleixo Estado: SE CEP: 49535-000  
E-mail: marcondesferia@gmail.com Tel. (DDD): 7999189207

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 4089 CONTA: 49974 7

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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, São João de Queiroz 16.05.19

Nome: CPF:

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

2ª | 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

(\*) 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.



A3-3

Obs 06 de p/ ALP

MS/DATUSUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349  
CNS:DATA: 19/12/2018  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:29 USUARIO: MAGLIVEIRA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : AILTON FERREIRA DO AMARAL DOC...:  
 IDADE.....: 51 ANOS NASC: 13/08/1967 SEXO...: MASCULINO  
 ENDereco.....: AVENIDA 26 DE SETEMBRO NUMERO: 123  
 COMPLEMENTO....: BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO.....: SAO MIGUEL DO ALEIXO UF: SE CEP....:  
 NOME PAI/MAE...:  
 RESPONSAVEL....: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE TEL....: 79-99966.6  
 PROCEDENCIA....: SAO MIGUEL DO ALEIXO 439  
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (Walter) - 5555-5555  
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAO 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-carro. Não usava capacete, relatou sempre em ambulância e queixa-se de dor em cotovelo E e perna E. E HAS, nega DM, alergias. Nega síncope ou náuseas.

Piloto do SAMU que fez furo duplo na perna e perfurou

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ao exame: A via aérea permeável. B levemente edem. Sol 49, c f e s neg. sem flacidez, pele úmida, 2 gergal 15, e ureterais em perna E e relato pelo SAMU de grande edema em cotovelo E, no momento imobilizado.

## DIAGNOSTICO:

INVESTPREV

CID:

## PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

17 MAI 2019

1) Rx de membros superiores E em AP e perfil

2) Rx de perna E em AP e perfil

3) Av. da ortopedia

4) Av. da NCR

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

REGISTRO: *Ped de col. l. e*  
*de cr. e*  
 Hora da Saída: *18:18*  
 Técnico: *Moura*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

MOURA AN CAROLINA C. MOURA

HUSE  
 ELETROCARDIOGRAMA  
 EXAMES REALIZADOS  
 DATA: 19/12/18  
 HORA: 02:34

EXAME DE 19/12/18  
 REALIZADO POR: 19/12/18  
 AS 02:34



NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

Silton Ferreira de Amaral  
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  
trazido pelo SAMU em protocolo, com emenda  
e dor em cotovelo e perna. O Rx  
mostrou fratura de cotovelo e tornozelo  
(de tratamento conservador). Após avaliação  
clínica foram realizados testes submetidos  
→ referendo da fratura de ulna e  
luxação do cotovelo com fixação interna  
com placa e parafusos e fios de Kirsch.  
Não houve lesão de seu upperco, e  
chaleira bem e teve alta hospi-  
tali.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Redução e fixação interna e/ placa e fio  
reforço do olecranon e ulna.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx membro superior E/ Perna E  
Telex / cervical  
ECG

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Francis Vazconcelos  
Dr. Rafael Gonçalves  
Dr. Vitor Tavares  
Dr. Sergio Calaf  
Dr. Rodrigo Almeida  
Dr. Victor Tavares

INVESTPREV

17 MAI 2019

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (X)

TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

ARACAJU, 25 de

junho de 2019

Ana Luiza Pinheiro Barreto  
Especialista em UTI  
CRF 138.878-90-53 CRM 789

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1830349  
CNS:

DATA: 19/12/2018  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 01:29 USUARIO: AAOLIVEIRA

## 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:  
NOME PAI/MAE...: /  
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU / O AMIGO -JOSE  
PROCEDENCIA...: SAO MIGUEL DO ALEIXO  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) (Carro)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....:  
SEXO...: MASCULINO  
NUMERO: 123  
CEP....: -  
TEL....: 79-99966.6  
439  
- 5639, 30 00  
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 vitimário de colisão moto-veículo. Não usava capacete, piloto sempre em ambulância, e queixa-se de dor em cotovelo E1 e perna E1. E1 HAS, ruído DM e alergias. Nega síncope ou náusea.

Piloto do SAMU que foi para direcionar o paciente

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: ~~do exame~~: A via aerea livre, B brônquios, Sot<sup>99</sup>, CFC<sup>2</sup> seg, alto flácido, pele úmida, 2 g<sup>2</sup> g<sup>2</sup> 15, E uretrocis em pen<sup>2</sup> E x ruído pelo SAMU de grande edema em úmido E, no momento imobilizado

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1) Rx de murcha superior E com AP e perfil

2) R<sub>x</sub> de puxada E um OPA perfur

3) Ar. da extensão

4) An der NCR

Ana Carolina C. Moura  
Médica Residente  
Cirurgia Geral - HUSE  
32155-5621

10415068BAI

REGISTER:

- 555 -

DATA DA SAIDA:        /        /

ALTA: ☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

DATA: 19/12/88  
HORA DA SAÍDA: 11:00  
[ ] EVASÃO [ ] RESISTÊNCIA  
Técnico: [assinatura]

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: ☐ ATE 48HS ☐ APOS 48HS ☐ FAMILIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

WUCC 2M

40925

HUSE  
ELETROCARDIOGRAMA  
(EXAMINADOS) REALIZADOS  
DATA: 19/12/18  
HORARIO: 14:00h

### EXAMINER'S GUIDE

REALTIME 19 12 18  
AS 02:34



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: A. M. Ferreira do Amaral  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: frat. ulna @ + luxação cotovelo  
CIRURGIA REALIZADA: RDP + Redução luxação e oclerização  
CIRURGIÃO: Sergio Cabral  
AUXILIARES: Vicente V.  
ANESTESIA: Gen ANESTESISTA: Jose Mo  
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: 0 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

#### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① Paciente com DDH sob overtop
- ② Quel. sepsia + comp. + gen. te
- ③ Acesso direto ao ulna e extensão até o cotovelo
- ④ Redução aberta e fixação interna
5. phco + perfuso e oclerização do cotovelo
6. c/ FK perfuso
- ⑦ Cont. h. fluoroscopia
- ⑧ Limpeza
- ⑨ S. + a. + curativo + fob
- ⑩ D. SRPA

DATA: 05/01/12

Dr. Sergio Cabral  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Mão e Joelho  
CRM 3385

Assinatura do Cirurgião





# ITAÚ – 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 médico pericial:** 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

**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 fíbula 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

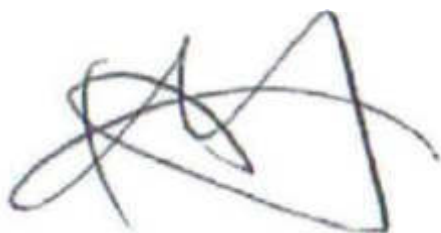
Mozes e Sztrajman Médicos Associados S/C Ltda

**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 nº: 6786265

A/C: AILTON FERREIRA DO AMARAL

Sinistro: 2013618819  
Vítima: 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](http://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](mailto: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 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 fíbula 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 susceptível 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

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

( ) "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):  
**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 - assinale 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 IDENTIFICACAO

\*1004037



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: AILTON FERRIRA DO AMARAL

Doc. Servidor / Func. Cível / UF: 30680197 ESP/SP

CPF: 212.679.948-43 DATA INSCRIÇÃO: 13/08/1967

Prisão: MANOEL PEREIRA DO AMARAL  
AL  
RITA MARIA FERREIRA

Idade: 46 ANOS

Sexo: M

Altura: 1,70m

Peso: 75kg

Cor dos olhos: AZUL

Cor do cabelo: CASTANHO

Cor da pele: BRANCA

Assinatura: Ailton Ferreira do Amaral

Local: CAMPINAS, SP DATA FISSÃO: 10/12/2011

75304368538  
594 92450942

DETRAN-SP (SAO PAULO)

VALIDA EM TODOS OS AUTOMÓVEIS NACIONAIS  
505919527

PRIMEIRO PLACARDISTA  
505919527

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

PÁGINA: 10



GOVERNADO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## LAUDO PARA EXAME MÉDICO

PRONTO SOCORRO:

Declaro para fins de registro de acidente de trabalho, que o Sr.(a) Altair Pereira 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:

190613

DESCRIÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES):

Acidente moto

100041



DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

fratura

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET, 2013

09

PÁGINA:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CURATIVO

VAT

SUTURA

MEDICAÇÃO:

MOBILIZAÇÃO

ANALGÉSICOS

ANTIBIÓTICOS

DATA:

190613

MÉDICO DE ATENDIMENTO (assinatura e carimbo)

D. Wanda Edney de Lira  
Ortopedista  
CRM 68033

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

Folha :

JRLPPVCBDGEEJG'

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)

Consumado

Local: 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: CARPINTEIRO(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 - RENAVAL: 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

PÁGINA:



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

Folha :

JRLPPVCBDGEEJG'

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

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

IMPORTANTE:

Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art.2º, da Lei n.6.194/74 (DPVAT), compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares.

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](http://www.dpvatseguro.com.br), ou pelo telefone 0800-0221204.

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

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

Folha :  
JRLPPVCBDGEEJG'

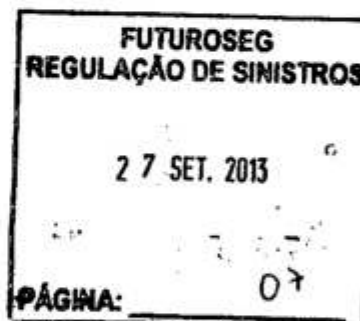
Versales conduzido , Jose . Em razão da colisao Ailton sofreu ferimentos e foi socorrido ao pronto socorro Ouro Verde onde permaneceu internado em razão de fratura na perna direita . Obs.: ocorrencia supervisionada a distancia pelo delpol Dr Mario Bergamo Junior .

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

20131618819

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 produtores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização do Banco.

EU, Altair Ferreira do AmaralPORTADOR(A) DO RG Nº 30680197EXPEDIDO POR GSP-SPEM 10/12/11 ECPF 20269998-43/CNPI 00000000-0000-00

PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$

(\*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

0 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.



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 comprobatório de bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelada (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://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 AGÊNCIA 9113 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 28312-2☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITALU

BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)



## 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

FUTUROSEG  
REGULAÇÃO DE SINISTROS

27 SET. 2013

01

PÁGINA:

**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:**

9322CA8108DC8F6A932C805C1A5A33166B7ACE3A

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.

