	<p>Protocolo Nº 20230420143903885</p> <p>Sua solicitação foi enviada à Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da Comarca de ARACAJU em 20/04/2023 14:39 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</p>
---	---

DADOS DO PROTOCOLO

Tipo de Protocolo: PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

Processo: 202340600237

Classe: Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 202340600237	Classe Procedimento Cível	Comum	Competência Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
	Situação ANDAMENTO		Distribuido Em: 02/03/2023

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	00577673513	RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA
Requerido	09248608000104	SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2881768_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01.pdf	Petição
2	2881768_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Processo: 202340600237

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ARACAJU, 18 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSYIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 30/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 30/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000059**

Conta: **0000073397-4**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 30/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 03/03/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 30/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 22/03/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do Acidente: 30/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 22/07/2021, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



**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: 3200474776

Nome do(a) Examinado(a): RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA E, 39, , Nossa Senhora do Socorro/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP/SE / 30454913

Data e local do acidente: 30/09/2020 - Nossa Senhora do Socorro/SE

Data e local do exame: 19/01/2021 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU

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

PERICIADA VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDA NO HOSPITAL EM 30/09/2020, SENDO REALIZADO LIMPEZA DOS FERIMENTOS E CURATIVOS, APRESENTOU INFECÇÃO SENDO REALIZADO NOVO DESBRIDAMENTOS E CURATIVOS, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2ª INTENSÃO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA CIRURGIA GERAL, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA, RECEBEU ALTA DEFINITIVA EM 17/12/2020, (INFORMADO PELA PERICIADA, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

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

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no pé esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ 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 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"

() "Sem seqüela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Pé Esquerdo - Residual - 10%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1627

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 005.776.735-13 4 - Nome completo da vítima: Rulzilene Oliveira Almeida

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

5 - Nome completo: Rulzilene Oliveira Almeida 6 - CPF: 005.776.735-13
 7 - Profissão: vigilante 8 - Endereço: Rua E 9 - Número: 29 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: Piedade 12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.160-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (79)99969-0167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0089 CONTA: 00073397 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Maracaju - SE, 12.12.2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Rulzilene Oliveira Almeida
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) PROCURADOR DE CIDADANIA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA
POUPANÇA



5067 2251 5486 0367

5067

VALIDIDADE

10/24

RULZILENE O ALMEIDA
0059 013 00073397-4

elo



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00073092/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/10/2020 11:07:36 Data/Hora Fim: 07/10/2020 11:20:40

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 30/09/2020 19:00

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)
Bairro: Treze De Julho
Logradouro: AV. BEIRA MAR
Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. 303 DA LEI 9.503/1997 - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 09/10/1981	Idade 38
Profissão: Vigilante		Naturalidade: Aracaju - SE	
Estado Civil: Solteiro(a)		Nome do Pai: Jose Calazans de Almeida	
Nome da Mãe: Maria de Lourdes Oliveira Almeida			

Documento(s)

CPF: 005.776.735-13

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE
Logradouro: RUA E Nº: 39
Bairro: PIABETA
Telefone: (79) 99859-3359 (Celular)

Nome Civil: CLAUDEMIR SANTOS (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário 573.848.275-15	Placa NVL8579
Renavam 00274587050	Número do Motor E3G9E-004236
Número do Chassi 9C6KE1520B0004225	Ano/Modelo Fabricação 2011/2010
Cor ROXA	UF Veículo SE
Município Veículo Itabaiana	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 K
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 27/09/2019	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA FILE VEICULOS

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Fls: 2

Visto:



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

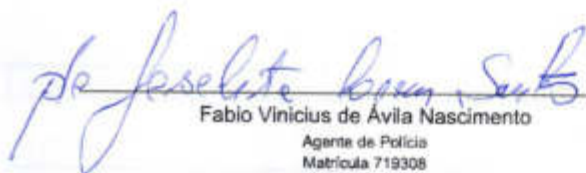
Nº: 00073092/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Claudemir Santos	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 061.337.455-09	Placa IAG4279
Renavam 00972534121	Número do Motor SE0003015
Número do Chassi 9C2JA04308R024090	Ano/Modelo Fabricação 2008/2008
Cor CINZA	UF Veículo SE
Município Veículo Nossa Senhora do Socorro	Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 MAIS
Veículo Adulterado? Não	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 11/12/2019	Situação do Veículo RENAINF
Nome Envolvido	Envolvimentos
Rulzilene Oliveira Almeida	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

RELATA QUE CONDUZIA O VEÍCULO BIZ PLACA IAG-4279 PELA AV. BEIRA MAR, PELO LADO DIREITO DA VIA E SEM SINALIZAR E SEM PERCEBER SE HAVIA ALGUM VEÍCULO ATRAS, TENTOU PASSAR PARA O LADO ESQUERDO, QUANDO A MOTOCICLETA YBR, PLACA NVL-8579, CONDUZIDA PELO SR. CLAUDEMIR SANTOS, COLIDIU NA TRASEIRA DA MOTOCICLETA DO NOTICIANTE QUE CAIU E FICOU COM A PERNA ESQUERDA PRESA EMBAIXO DA MOTOCICLETA CAUSANDO AS SEGUINTE LESÕES: QUEIMADURA E INCHAÇO NO TORNOZELO ESQUERDO. QUE FOI ATENDIDA PELO SAMU QUE A CONDUZIU ATÉ O HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE.

ASSINATURAS


Fabio Vinicius de Ávila Nascimento
Agente de Polícia
Matrícula 719308
Responsável pelo Atendimento

Rulzilene Oliveira Almeida
Vítima, Comunicante

Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou da Contravenção do Código Penal Brasileiro.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 005.776.735-13 4 - Nome completo da vítima: Rulzilene Oliveira Almeida

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

5 - Nome completo: Rulzilene Oliveira Almeida 6 - CPF: 005.776.735-13
7 - Profissão: vigilante 8 - Endereço: Rua E 9 - Número: 29 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Piedade 12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49160-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (79)99969-0167

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0089 CONTA: 00073397
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Maracaju - SE, 12.12.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Rulzilene Oliveira Almeida

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
PROCURADOR DE CIDADANIA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

VALIDO SOMENTE NO BRASIL

CAIXA
POUPANÇA



5067 2251 5486 0367

5067

VALIDIDADE

10/24

RULZILENE O ALMEIDA
0059 013 00073397-4

elo

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/01/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

320047477601

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000073397

Número da Autenticação

CF93A926134B8B8E



BRADESCO

237-2

23795.09009 90000.014135 47000.250101 1 85110000005550

Local de pagamento

Até o vencimento, preferencialmente no Banco Bradesco. Após o vencimento, somente no Banco Bradesco.

Beneficiário: ASSOCIACAO ALTO CLUBE ZETOS CNPJ: 20915587000176
RUA ANÍSIO TEIXEIRA, 325CENTRO - VITÓRIA DA CONQUISTA / BA / 45000-750

Data documento

04/08/2020

Número documento

141347

Especie documento

Carteira

09

RC

Acerte

Data processamento

04/08/2020

Valor documento

55,50

Data vencimento

25/01/2021

Agência/Código Cedente

5090-3/0002501-1

Nosso número

09/000000141347-6

(-) Valor documento

55,50

(-) Desconto / Abatimentos

(-) Outras deduções

(+) Multa / Mora

(+) Outros acréscimos

(=) Valor cobrado

0

Placa: IAG4279

Pagador

RUI ZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

RUA E.39 - PROX AO CAMPO DE ANA JULIA

Cep: 49160-000 - PIABETA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

Sacador / Avalista



Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

0

Nome do Cliente MARIA SALETE AGUIAR SILVEIRA		CPF ***.***.***-**	
Endereço RUA SANDRO REZENDE (F4), 430, LOJA 2, ARACAJU, 49042-230			
Grupo/Sector/Plano/Letramento 310003/00115	Data da Leitura 17/02/2020	Medição A19C051529	Classificação Econômica CON: 1
Leit. Anterior 7 Leit. Atual 1 Consumo Faturado (m3) 10 Média de consumo (m3) 5 Ocorrência da Leitura Data da Leit. Anterior 19/11/18 Dias de Consumo 455 Média diária (m3) 0.01 Previsão para Próx. Leit. 18/03/20		HISTORICO DE CONSUMO REF. (m3) PREVISAO DE TRIBUTOS (R\$) COFINS: 17,18 PASEP: 3,73	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Código do Responsável 5994710			

Serviços	Valor
AGUA	87,20
ESGOTO	34,88
040 PARCELAMENTO DE CONTAS	76,72
043 PARCEL. ACRES. IMPONT.	23,15
044 JUROS SOBRE PARCELAMENTO	4,10

28/02/20

546,00

Mês Referência	02/2020	VENCIMENTO:	04/03/2020	TOTAL A PAGAR R\$	226,05
RUBENS PELU FIM DA VIOLENCIA CONTRA A MULHER! DISQUE 180.					
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.					

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbid	Cor	Cloro	Floror	Coliformes Totais	Bactérias Col.
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	245	68	245		245	
Nº de Amostras Analisadas	345	345	345		345	345
Nº de Amostras Analisadas	325	316	331		345	345

Nº Sistema de Abastecimento: Conformidade com Portaria 2914/2011

Favor Autenticar no Verso

Matrícula	540654.4	Vencimento	04/03/2020
Mês Referência	02/2020	TOTAL A PAGAR R\$	226,05



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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu João Marcelo de Campos Lima Robertina
 inscrito (a) no CPF/CNPJ 069.629.929 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rulzilene Oliveira Almeida inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.776.735 / 13,
 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade IDIUS da Vítima Rulzilene Oliveira Almeida
 inscrito (a) no CPF sob o Nº 005.776.735 / 13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
 Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua FA</u>		Número: <u>130</u>	Complemento: <u>loja 2</u>
Bairro: <u>São Conrado</u>	Cidade: <u>Jaracati</u>	Estado: <u>SE</u>	CEP: <u>19042-270</u>
E-mail:		Tel. (DDD): <u>(19) 98809-0167</u>	

Local e Data: Jaracati-SE, 30.12.2020

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Rulzilene Oliveira AlmeidaDATA DA ENTRADA: 30/09/2020DATA DA SAÍDA: 30/09/2020

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

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

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de colisão moto x moto há cerca de 40 minutos, com queixas de cefalaléia e dor lombar. Chegou náusea, vômito e perda de consciência. Foi trazido a este hospital pelo SAMU. Cirurgia geral conduziu o caso como politraumatismo e enviou relatório externo de imagens e pediu avaliação de neurocirurgia. Neurocirurgia avaliou exame de tomografia e solicitou avaliação de frotas e/ou líquor e deu alta da área. Em reavaliação cirurgia geral ajustou o cuidado de frotas de membros inferiores, ligando e medicou a paciente tendo sido com orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro no prontuário

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tórax esquerda (2 projeções)

Tomografia de coluna lombar

MÉDICOS ASSISTENTES:

D. Edcleiton B. Dantas (CRM 5954)

D. Paulo Roberto S. Mendonça (neurocirurgia)

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

ARACAJU, 23 de novembro de 2020Marcelo Augusto P. Freitas
Médico
CRM 2582Marcelo Augusto P. Freitas
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Ampliação de 1 + 100

Comorbidades: \emptyset

urgência: $\rightarrow R20$
de \rightarrow

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 190419
CNS:

DATA: 30/09/2020 HORA: 19:48
SETOR: 06-SUTURA

USUARIO: AFLNASCIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA DOC...: 30454913
 IDADE.....: 39 ANOS NASC: 09/10/1981 SEXO...: FEMININO
 ENDERECO.....: RUA E NUMERO: 55
 COMPLEMENTO....: BAIRO: PIABETA
 MUNICIPIO.....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
 NOME PAI/MAE...: JOSE CALAZANS DE ALMEIDA /MARIA DE LOURDES OLIVEIRA ALM
 RESPONSAVEL...: TRAZIDA PELA SAMU- SOGRA MARIA DE LOURDE TEL...: 79.9.99400
 PROCEDENCIA...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO 584
 ATENDIMENTO...: COLISAO MOTO X MOTO
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

NÚCLEO DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA
DATA DO ENVIO: \rightarrow

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: 19:50 DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Vítima de acidente moto x moto 1° + 40km, com queda de cervicalge e do lombo. Nege injúria física, neurológica e perda de consciência. Ingestão de SAMU em hospital.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ao exame, PGG, LRF, PAA, suplex, SSV estáveis:
 (1) não há sinais físicos, cl. cebra
 (2) respiração normal cervicalge
 (3) Estabilizado hemodinamicamente
 (4) E.C.G. 15
 (5) mobilizado a MIE
 Tóxico: Sem sinais de intoxicação.
 MVD em MIF, SINA
 ABO: Sem coágulo físico, SSV

DIAGNOSTICO: Poltrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Soluções AV. da NCA (no lombo)
- 2) Soluções neurografia de punha (E) em 20 parafusos
- 3) RL social: st/xt
- 4) Dexametasona 1mg IV, q8h.

[Handwritten signature]

DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
 OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO

Edcleverton B. Dantas
 MR CIRURGIA GERAL HUSE
 CRM 5954

HUSE
 TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
 REGISTRO: E CARIMBO
 DATA: 30/09/2020
 HORARIO: 19:38
 Técnico: *[Handwritten]*

HUSE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



Atendimento em...
neurocirurgia...
febre, sinais vitais...
diagnóstico...
co...
ok no Change Card

Entrevista B. Dentas
MR CIRURGIA GERAL HUSE
CRM 5954

FICHA DE ATENDIMENTO

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações): _____ REGISTRO: _____

IDADE: _____ ETNIA: _____ DATA: ____/____/____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ NOME DA MÃE: _____ HORA: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

SITUAÇÃO / QUEIXA: *Neurocirurgia 30/09/2020 21:08hs.*
Paciente vítima de acidente de motocicleta sem
parte de consciência ou raciocínio. Lesão cervical - Rango
de C6-C7.

FLUXOGRAMA: _____
 DISCRIMINADOR: _____
 ALÉRGICAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS): *Paciente orientado, sem déficit*
MTE indolizado. Rango do Lombar (L1-L2) e
de C6-C7.

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

OBSERVAÇÃO: *TC de Col. Lombar. Ausência de fraturas e/ou*
listese.

DESTINO / ENCAMINHAMENTO: *Ed: Atz de NCR.*

ENF.: _____ COREN: _____ ASSINATURA: *[Assinatura]*
 Neurocirurgia CRM: 2118

COORDENADOR: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____:____h

RECLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE: _____ ENF.: _____ COREN: _____
 DISCRIMINADOR _____
 às ____h ____min.

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

COLOCADA PULSEIRA? (S/N) _____

EM QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D) _____

NOME: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

SOLICITANTE: -

CONVÊNIO : CLINICA MENTE HUMANA

IDADE : 09/10/1981

DATA : 08/10/20

REGISTRO : 4152

DIGITADOR: Paula Anunciação


LAUDO RADIOLOGICO

JOELHO E:

Sinais radiográficos compatíveis com osteoartrose grau leve.

PÉ/TORNOZELO E:

Estruturas e densidade normais.
Espaço e superfícies articulares íntegros.
Partes moles sem alterações.



Dr. Osmário Silva Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 299

Dr. Osmário Souza Dantas
Radiologista/Ultrasonografista
CRM/SE 3212

www.clinicaccot.com.br

ORTOCLINICA - GEOT

Paciente: RUIZILENE OLIVEIRA A.

Registro: 4152

Data: 08/10/2020

Nº Prescrição: 00/1024100



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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200474776

Data da solicitação: 12/02/2021
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF do beneficiário: 005.776.735-13

Nome do solicitante: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF do solicitante: 005.776.735-13

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167
DDD

Tel. Comercial: ()
DDD

Tel. Residencial: (79) 3222-0817
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

Novos documentos médicos

Laudo do IML

Boletim de Ocorrência

Notas fiscais complementares

Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOFRI UM ACIDENTE EM 30/09/2020 OCASIONANDO FERIMENTO CORTO CONTUSO EM TIBIA DISTAL E CALCÂNEO. APESAR DE TODO TRATAMENTO REALIZADO, FICARAM INUMERAS SEQUELAS COMO DORES CONSTANTES; CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA; DIFICULDADES EM DIVERSAS ATIVIDADES DO DIA; DIFICULDADES PARA CAMINHAR E FICAR EM PÉ; PERDA DA FORÇA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DO PÉ;

SOLICITEI A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, PORÉM NO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ RECEBI APENAS 675,00; VALOR QUE NÃO CORRESPONDE ÀS SEQUELAS EXISTENTES. AO ENTRAR EM CONTATO COM A SEGURADORA LIDER, FUI INFORMADO QUE SERIA NECESSÁRIO UM RELATÓRIO MÉDICO NOVO DESCREVENDO AS SEQUELAS.

ESTOU ENVIANDO ESSE RELATÓRIO PARA QUE MEU PROCESSO SEJA REANALISADO E SE NECESSÁRIO O AGENDAMENTO DE UMA PERICIA MÉDICA PARA QUE EU RECEBA O VALOR CORRETO DA MINHA INDENIZAÇÃO.

ARACAJU-SE, 12 DE FEVEREIRO 2021

Local e Data

Rulzilene Oliveira Almeida

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Rulzileme Oliveira Almeida

CPF: 005.776.735-13

Paciente, com história de acidente de trânsito em 30/09/2020, onde sofreu trauma lateral e em p^o (E) que ocasionou ferimento lobo contuso em região de t^olie distal e região medial do talão (E), foi tratado conservadoramente com curativos, evoluiu com cicatrizes hipertrofica em região do talão (E), que ocasiona dor e limitação de extensão do t^olie (E) mais alguma grau redução do t^olie.

(1): 591.3
S80.1


11/02/21

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

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

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200474776	Data da solicitação: 12/03/2021 <small>DD/MM/AA</small>
Nome do beneficiário: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA	CPF do beneficiário: 005.776.735-13
Nome do solicitante: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA	CPF do solicitante: 005.776.735-13

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167 <small>DDD</small>	Tel. Comercial: () <small>DDD</small>	Tel. Residencial: (79) 3222-0817 <small>DDD</small>
E-mail:		

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
--	--	--------------------------------

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

<input type="checkbox"/> DISCORDO DA NEGATIVA	<input checked="" type="checkbox"/> DISCORDO DO VALOR RECEBIDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS
---	--	--

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:	<input type="checkbox"/> Novos documentos médicos
		<input type="checkbox"/> Laudo do IML
		<input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência
		<input type="checkbox"/> Notas fiscais complementares
		<input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>FOTOS</u> (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOFRI UM ACIDENTE EM 30/09/2020 OCASIONANDO FERIMENTO CORTO CONTUSO EM TIBIA DISTAL E CALCÂNEO. APESAR DE TODO TRATAMENTO REALIZADO, FICARAM INUMERAS SEQUELAS COMO DORES CONSTANTES; CICATRIZAÇÃO HIPERTRÓFICA; DIFICULDADES EM DIVERSAS ATIVIDADES DO DIA; DIFICULDADES PARA CAMINHAR E FICAR EM PÉ; PERDA DA FORÇA E LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO E DO PÉ;

SOLICITEI A INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ, PORÉM NO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ RECEBI APENAS 675,00; VALOR QUE NÃO CORRESPONDE ÀS SEQUELAS EXISTENTES. AO ENTRAR EM CONTATO COM A SEGURADORA LIDER, FUI INFORMADO QUE SERIA NECESSÁRIO UM RELATÓRIO MÉDICO NOVO DESCREVENDO AS SEQUELAS.

ESTOU ENVIANDO ESSE RELATÓRIO PARA QUE MEU PROCESSO SEJA REANALISADO E SE NECESSÁRIO O AGENDAMENTO DE UMA PERICIA MÉDICA PARA QUE EU RECEBA O VALOR CORRETO DA MINHA INDENIZAÇÃO.

ARACAJU-SE, 12 DE MARÇO 2021

Local e Data

Rulzilene Oliveira Almeida

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Rulzilene Oliveira Almeida

CPF: 005776735-13

Paciente, com história de acidente de trânsito em 30/09/2020, onde sofreu trauma lombar e em p¹(L₅) que ocasionou ferimento lombo contra em região de t¹² vertebral e região medial do lombo (L₅), foi tratado conservadoramente com curativos, evoluiu com cicatrizes hipertroficas em região do lombo (L₅), que ocasiona dor e limitação de extensão do tronco (L₅) mas não apresenta grande redução do tronco.

(1) 591.3

580.1


Prontoclínica Ortopédica
Rua...
Aracaju, SE

11/02/21











FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200474776

Data da solicitação: 20/07/2021
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF do beneficiário: 005.776.735-13

Nome do solicitante: RULZILENE OLIVEIRA DE ALMEIDA

CPF do solicitante: 005.776.735-13

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (79) 99969-0167
DDD

Tel. Comercial: (79) 98809-0167
DDD

Tel. Residencial: (79) 3222-0817
DDD

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

SOFRI UM ACIDENTE EM 30/09/2020 OCACIONANDO SEQUELAS NO PÉ E NO JOELHO. APESAR DE TODO TRATAMENTO REALIZADO FICARAM INUMERAS SEQUELAS COMO DORES CONSTANTES, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO E EXTENSÃO DO PÉ E DO JOELHO, IMPOSSIBILIDADE DE CORRER E SUBIR ESCADAS, DIFICULDADES PARA CAMINHAR E FICAR EM PÉ. DESSA FORMA SOLICITO A REANÁLISE DO MEU PROCESSO DE INVALIDEZ DO SEGURO DPVAT E O AGENDAMENTO DE UMA PERICIA MÉDICA, POIS O VALOR LIBERADO ESTÁ COMPLETAMENTE ERRADO.

ARACAJU-SE, 20 DE JULHO DE 2021

Local e Data


Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Rulzilene Oliveira Almeida

CPF: 005.776.735-13

Paciente, com história de acidente de trânsito em 30/09/2020, onde sofreu trauma lombar e em p¹(L⁵), que ocasionou ferimento lombo contra em região de t¹² vertebral e região medial do lombo (L⁵), foi tratado conservadoramente com curativos, evoluiu com cicatrizes hipertroficadas em região do lombo (L⁵), que ocasiona dor e limitação de extensão do tronco (L⁵) mais alguma pequena restrição do tronco.

(1) 591.3

580.1


Prontoclínica Ortopédica
Rua Gonzalo Prado Rollemberg, 460
São José - Aracaju/SE

11/02/21









Atend.	1346209	Senha	7V160761
Nome	RUIZILENE OLIVEIRA ALMEIDA	Data	10/06/2021
RG	30454913 / SSP/SE	Hora	14:45
Md. Sol.	GUILHERME CHALITA CAMPOS	Idade	39 anos
Convênio	TABELA CEMICLIN	Dt.Nasc.	09/10/1981

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

TÉCNICA DO EXAME:

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Estrutura óssea com intensidade de sinal dentro dos limites da normalidade.

Meniscos interno e externo de morfologia e intensidade de sinal normais.

Ligamentos cruzados e colaterais íntegros.

Tendão do quadríceps de morfologia e intensidade de sinal normais.

Leve espessamento e alteração de sinal na inserção proximal do tendão patelar no polo inferior da patela, com edema adjacente, sugerindo leve tendinopatia.

Mínimo derrame articular.

Afilamento e edema da cartilagem patelar, indicativo de condropatia. Não há evidência de acometimento do osso subcondral em correspondência.

Patela em posição um pouco mais alta que o habitual, com inclinação lateral, notando-se discreta impactação da gordura da Hoffa superolateral.

Diminuto cisto de Baker.

Leve edema na bursa pre-patelar e infrapatelar.

Correlacionar com dados clínicos.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Condropatia patelar.

Patela alta, com inclinação lateral e discreta impactação da gordura de Hoffa superolateral.

Leve tendinopatia na inserção proximal do tendão patelar.

Mínimo derrame articular.

Diminuto cisto de Baker.

Discreta bursite pre-patelar e infrapatelar superficial.


 Jose Carlos R. Franco Sobrinho - CRM 3083
 Assinado eletronicamente

O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.

Unidades Cemise

cemise.com.br

[cemise](https://www.instagram.com/cemise)
[cemise](https://www.instagram.com/cemise)

Cemise

Centro de Medicina Integrada de São José
 Rua Constituinte João Alves, 228
 São José - Aracaju/SE
 ☎ 3304.1000

Cemise

Resonância Magnética e Tomografia Computadorizada
 Rua Manoel Rabelo Leite, 158
 São José - Aracaju/SE
 ☎ 3304.1010

Cemise Vida

Centro de Reprodução Humana
 Rua Guilhermino Rezende, 238
 São José - Aracaju/SE
 ☎ 3043.1015

NOS

Unidade de Investigação de Sangue
 Av. Pedro Vitoriano, 550
 Graças - Aracaju/SE
 ☎ 3301.3235

Cemiclein

Análises Diagnósticas
 Rua Bahia, 175
 Siqueira Campos - Aracaju/SE
 ☎ 3304.3050

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E INFRA-ESTRUTURA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

2

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1652139538

NOME
MULHELENE OLIVEIRA ALMEIDA



DOC IDENTIDADE/TITULO EMISSOR/PAIS
30454913 SSP SE

CPF DATA EMPLACEMENTO
005.776.735-13 09/10/1981

FILIAÇÃO
JOSE CALAZANS DE
ALMEIDA
MARIA DE LOURDES
OLIVEIRA ALMEIDA

FORMAÇÃO ACATAMENTO
PROFISSIONAL 2013

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª HABILITAÇÃO
05892752539 08/07/2023 01/10/2013

OBSERVAÇÕES
EAB

Mulhelene Oliveira Almeida

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA DE EMISSÃO
ARACAJU, SE 06/08/2018

Luciana Cândida Dóla Chagas de Melo
Luciana Cândida Dóla Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE
00994005284
08021178411

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

PROIBIDO PLASTIFICAR
1652139538

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 5°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsosfalangeana aos 25°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau residual no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: REALIZADO LIMPEZA DOS FERIMENTOS E CURATIVOS, APRESENTOU INFECÇÃO SENDO REALIZADO NOVO DESBRIDAMENTOS E CURATIVOS, A CICATRIZAÇÃO OCORREU POR 2ª INTENSÃO, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO MESMO DIA, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA CIRURGIA GERAL, SENDO REALIZADO NESTE PERÍODO SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA

Sequelas permanentes: DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/01/2021

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA **Data do acidente:** 30/09/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA **Data do acidente:** 30/09/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 2 - VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 2 - VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 2 - VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

Data do acidente: 30/09/2020

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DE PÉ ESQUERDO COM QUEIMADURA DE 2º GRAU.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: @ P 2 - VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL REALIZADA EM 19/01/2021 E INDENIZADA POR DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO. CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200474776 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA **Data do acidente:** 30/09/2020 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 1/3/

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X - SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Rulzilene Oliveira Almeida
Nacionalidade: Brasileira Estado civil: solteira
Profissão: Urgelante
Identidade: 3.085.491-3 CPF: 005.776.735-13
Endereço: Rua E, n: 39
Bairro: Prabeta Cidade: Itua Antônia do Socorro
Estado: Sergipe CEP: 49160-000

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Rua F4 (Rua Sandro Rezende) nº 430, bairro São Conrado, Aracaju, Sergipe, CEP 49042-230.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Rulzilene Oliveira Almeida

Local: Aracaju UF: SE Data: 10 de dezembro de 2020.

Rulzilene Oliveira Almeida

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380714/20

Número do Sinistro: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 005.776.735-13

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/09/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RULZILENE OLIVEIRA
ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/03/2021

Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

CPF: 067.127.729-40

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/03/2021

Nome: JEAN CARLOS CARLI

CPF: 439.543.160-72

JEAN CARLOS CARLI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380714/20

Número do Sinistro: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 005.776.735-13

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2020

Titular do CPF: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/07/2021

Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

CPF: 067.127.729-40

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/07/2021

Nome: PAOLA LARISSA BREDA

CPF: 071.930.319-29

PAOLA LARISSA BREDA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380714/20

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 005.776.735-13

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/09/2020

Titular do CPF: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA : 005.776.735-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2020
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2020
Nome: MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS
CPF: 098.038.499-05

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

MATHEUS DE FIGUEIREDO CARSTEN BASTOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380714/20

Número do Sinistro: 3200474776

Vítima: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

CPF: 005.776.735-13

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/09/2020

Titular do CPF: RULZILENE OLIVEIRA ALMEIDA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2021
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2021
Nome: GERALDO HENRIQUE DE CASTRO
CPF: 749.689.716-72

GERALDO HENRIQUE DE CASTRO