

	<p><b>Protocolo Nº 20190711212705732</b></p> <p>Sua solicitação foi enviada à <b>Capela da Comarca de CAPELA</b> em 11/07/2019 21:27 por <b>KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.</b></p>
---	---

#### DADOS DO PROTOCOLO

**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições

**Processo:** 201962000205

**Classe:** Procedimento Comum

<b>Dados do Processo Origem</b>		
<b>Número</b> 201962000205	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> Capela
<b>Guia Inicial</b> 201910700136	<b>Situação</b> ANDAMENTO	<b>Distribuido Em:</b> 04/02/2019

<b>Partes</b>		
<b>Tipo</b>	<b>CPF</b>	<b>Nome</b>
Requerente	43889077587	JOSE EDILBERTO DE MENESSES
Requerido	09248608000104	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

<b>Anexos</b>		
	<b>Nome</b>	<b>Tipo</b>
1	2594883_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_02.pdf	Petição
2	2594883_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01_compressed-1-9.pdf	Outros documentos
3	2594883_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01_compressed-10-16.pdf	Outros documentos
4	2594883_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01_compressed-17-25.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 DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAPELA/SE**

Processo: 201962000205

**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 **JOSE EDILBERTO DE MENEZES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

**DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07**

**- INEXISTÊNCIA DE PRESSUPOSTOS PARA PAGAMENTO DE COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO -**

A parte Autoral tenta levar a erro o atento Juiz *a quo*, pois, percebeu a indenização do seguro DPVAT em face de outro sinistro ocorrido em 27/07/2014, tendo recebido da Seguradora, valor de R\$ 5.062,50 (cinco mil sessenta e dois reais e cinquenta centavos) no processo administrativo 3150252824.

Cabe ressaltar que neste processo o autor recebeu o valor de R\$ 10.800,00 (dez mil e oitocentos reais) referente a regulação administrativa de nº. 3180321066 que se refere ao pagamento de verba indenizatória seguro DPVAT, o que totaliza o valor de **R\$ 15.862,50 (quinze mil oitocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, ou seja o autor já recebeu valor superior ao teto indenizável por invalidez.

**ORA V. EXA., PELO SIMPLES CÁLCULO ARITMÉTICO AS LESÕES CONSTADAS PELO AUTOR NOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS DE FLS. PODEMOS CONCLUIR QUE O VALOR TOTAL PERFAZ QUANTIA DE R\$ \$ 15.862,50 (QUINZE MIL OITOCENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS), VALOR ESTE SUPERIOR AO PERMITIDO DO LIMITE MÁXIMO INDENIZÁVEL.**

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização acima de R\$ 13.500,00, pois conforme a Lei 11.945/2009, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Sendo assim, não há que se falar em hipótese de condenação devido ao valor indenizatório já ter ultrapassado o valor de R\$ 13.500,00.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAPELA, 8 de julho de 2019.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/SE 780-A**

**KELLY CHRYSSTIAN SILVA MENENDEZ**  
**2592 - OAB/SE**

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6591716

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

**Sinistro:** 3150252824  
**Vitima:** JOSE EDILBERTO DE MENEZES  
**Data Acidente:** 27/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,





Rio de Janeiro, 08 de Abril de 2015

Carta n°: 6722906

A/C: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

**Sinistro:** 3150252824  
**Vitima:** JOSE EDILBERTO DE MENEZES  
**Data Acidente:** 27/07/2014  
**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: JOSE EDILBERTO DE MENEZES**

**Valor: R\$ 5.062,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004875**

**Conta: 000001732-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

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

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%**

<b>Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>5.062,50</b>
--	-----	-----------------

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

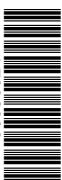
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>5.062,50</b>
-------------------------	-----	-----------------

**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**



# 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: 01/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDILBERTO DE MENEZES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04875

CONTA: 00000001732-0

---

Nr. da Autenticação 1166BD473613BDD9



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

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 esses sejam beneficiários. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **JOSE EDILBERTO DE MENEZES**, PORTADOR(A) DO RG Nº **813.784**, EXPEDIDO POR **SSP/35**, EM **22/11/2011**, CPF **438890775-87** / CNPJ **55.300.100/0001-11**, E RENDA MENSAL DE R\$ **600,00** (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **JOSE EDILBERTO DE MENEZES**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 923 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA ou Crédito na CEF, Banco Unibanco, Loterias, com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou com proposta negada: movimentação financeira só é aceitável de proposta à abertura de conta como comprobatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO **104** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **14875** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **1732-0**

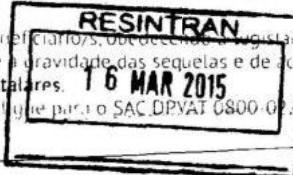
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DE MINHAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E FAÇO COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

*Assine abaixo o dia de Março de 2011* **JOSE EDILBERTO DE MENEZES**  
 DATA: **04 de Março de 2011** ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, observado o 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 mais informações sobre indenização ou de reembolso, acesse [www.dpvatseguradoetransito.com.br](http://www.dpvatseguradoetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0222204.







Eu, JOSE EDILBERTO de MENEZES, portador da carteira de identidade nº 813.784 e inscrito no CPF/MF sob o nº 438.870.775-87, residente e domiciliado na RUA. COSMO VIEIRA nº 817, Cidade CAPELA, Estado SERGIPE, 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:

- (x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Dedaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Jose Edilberto de Menezes

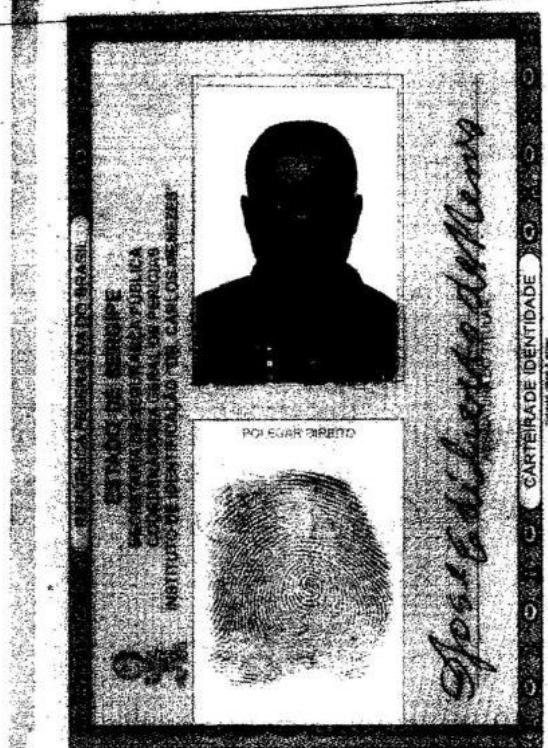
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

af. sua. das sáras - se 04.03.2015  
Local e data





REGISTRO GERAL 813.784		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
		2.º VIA
		DATA DE EXPEDIÇÃO 22/11/2011
NOME JOSÉ EDILBERTO DE MENESES		
FILIAÇÃO		
MÁRCELO RODRIGUES DE MENESES		
MÁRCIA JULIETA DE MENESES		
NATURALIDADE		
CAPELA-SE		
DOC. ORIGEM		
CT. NASCIM. NR 3579 LV ANO 1943		
CPR CART. 3.4F. DIST. OF. CAFEIAS		
438.890.775-67		
ASSINATURA DO BIRELATOR		
DATA DE NASCIMENTO 08/07/1966		



\*0012\*



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Edilberto de meneses

DATA DA ENTRADA: 04/07/2014

DATA DA SAÍDA: 29/07/2014

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente sofreu acidente motociclístico deslizou moto/moto, sem perda de consciência, com fraturas expostas no pé esquerdo, em 1º, 2º, 3º e 4º pododactilo esquerdo. Fraturas do 4º e 5º metatarsiano esquerdo, deslocadas tendão extensor 2º pododactilo esquerdo. Realizada cirurgia ortopédica extremitade esquerda. Saíu de alta no particular com orientações.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Forneceu cirurgia ortopédica das fraturas.

### EXAMES COMPLEMENTARES:

radiografias  
exames laboratoriais

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS-N.º DAS DORES/SE

Caroline Jorge Rodrigues Sobral Escrivente Autorizada	Danielle Santos de Lima Escrivente Substituta	Lafaiete Luiz do Nascimento Técnico	Certifico e dou fé que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido
06 MAR. 2015			Válido com selo de Autenticidade
			

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Thiago F. Nascimento  
Dr. Henrique Teixeira  
Dr. Paulo Sergio O. Nunes



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

ARACAJU, 02 de Fevereiro de 2015

Dra. Resinara Amarante Bispo

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

*Rosinara Amarante Bispo  
Clínica Médica*

2

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 97996  
Numero do CNS.....: 126171697680002  
Nome.....: JOSE EDILBERTO DE MENEZES  
Documento.....: 813784                   Tipo :  
Data de Nascimento: 8/07/1966           Idade: 48 anos  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsavel.....: JUAREZ ROCHA DE MENEZES  
Nome da Mae.....: MARIA JULIETA DE MENEZES  
Endereco.....: RUA COSMO VIEIRA 817  
Bairro.....: CENTRO                   Cep.: 00000-000  
Telefone.....: 79-96434801  
Municipio.....: 2801306 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA           No. do BE: 1030066  
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA  
Leito.....: 999.0195  
Data da Internacao: 27/07/2014  
Hora da Internacao: 19:24  
Medico Solicitante: 024.586.685-00 - THIAGO FERNANDO DA SILVA ALMEIDA  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: CASFONTES

INFORMACOES DE SAIDA

Proc. Realizado:  
Dt. Hr. Saida:  
Especialidade:  
Tipo de Saida:  
CID Principal:  
CID Secundario:  
Principal:  
Secundario:  
Outro:



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**HUSE**

Hospital de Urgências de Sergipe

**Fundação Hospitalar de Saúde****EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA**Nome: José Elifas de Menezes Leito: 19Origem: Circos Nº do Registro: 97996Idade: 48 Sexo: M Peso: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Diagnóstico:

Ferida de abatim de  
pe de abatim e maturação L=6

Data da Prescrição:

18/07/14

Tempo de Internação:

02

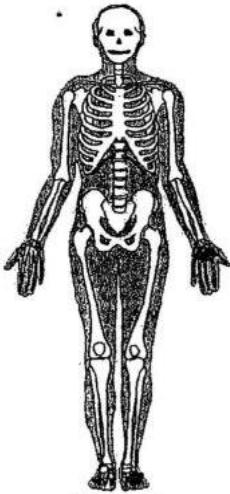
dias

Evolução de hoje:

Alerg glic

"Continuação Vide Verso"

1- Dieta:	<u>oral líquida</u>	Horários
2- Acesso venoso hidrolisado		
3- Acetaminofeno 1g EV de 14/12 horas	<u>18-04</u>	
4- Cetorizina 20 mg	<u>20</u>	
5- Dipirona 2 ml - AD 18 ml SF EV de 6/6 horas SN :	<u>SOS</u>	
6- Omeprazol 40 mg - 01 amp EV 01 vez ao dia	<u>06</u>	
7- Cetoprofeno (Profenid) 100 mg - AD 100 ml SF de 12/12 horas, EV SN	<u>12-08</u>	
8- Tramadol (Tramal) 100 mg-AD 100 ml SF de 8/8 horas EV se referir dor intensa		
9- Metoclopramida (Plasil) amp de 2 ml - AD 18 ml de SF EV de 6/6 horas SN	<u>SOS</u>	
10- Insulina Regular (sub-cutânea) - esquema conforme resultado da glicemia capilar (mg/dl) de 6 em 6 horas antes das refeições :	<u>24/06/12 18</u>	
70 a 150 = zero UI, 151 a 200 = 2 UI, 201 a 250 = 4 UI, 251 a 300 = 6 UI, 301 a 350 = 8 UI 351 a 400 = 10 UI - Se > 400 ou < 60 (avisar ao plantonista).	<u>04</u> <u>08</u> <u>07</u>	
11- Captopril comp. 25 mg VO, se TA máxima > 160 e ou TA mínima > 100 mmHg		
12- .		
13- Fisioterapia: Motora ( ) Respiratória ( )		
14- Controle dos dados vitais		
15- Curativo diário das lesões	<u>27/07</u>	
16- Limpeza rigorosa das hastes do Fixador Externo		
17- 09-07-14 - 10h30 Norfloxacin 500 mg + 100 mg de abatim de plástico com infusão		



Ventral



Dorsal

Obs : EV = Endovenosa, - AD = Adicionar, - SF = Sol. Fisiológica a 0,9%, - SN = Se necessário, TA = Tensão Arterial, Paulo Sérgio Nunes, CRM-SE 1143, Clínica Médica - CREMSE Internacionais, 647-9999, Av. Paulista e Getúlio Vargas

## Checagem de exames Guia de Transfer. para 2º tempo cirúrgico

Imagem de controle	Rx	Solicitação	Resultado	
	/ /		<u>28/07/14</u>	
Laboratoriais	Pré-operatório	/ /	/ /	
Exames gráficos	ECG	/ /	/ /	
Guia de Transferência	Emitida		/ /	

Paulo Sérgio Nunes  
CRM-SE 1143  
Clínica Médica - CREMSE Internacionais  
647-9999  
Av. Paulista e Getúlio Vargas

Horário	TA (mmHg)	Temp °C	P脉	FC - Frequência Cardíaca	Glicemia

Socicto

Re de yki E um 2 gruas

Re de mao E um 2 P

Pv. on to yu dia

Alto as cimbas geral

Dr. Katherine Caetano  
Clínica Geral  
CRM 4788



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1030066 DATA: 27/07/2014 HORA: 13:10 USUARIO: LBSANTOS  
CNS: 126171697680002 SETOR: 06-SUTURAL  
DIGIT 813784  
DOC 400  
SEXO MASCULINO  
NUMERO 8177

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSE EDILBERTO DE MENEZES  
IDADE: 48 ANOS NASC: 08/07/1966  
ENDERECO: RUA COSMO VIEIRA

COMPLEMENTO: BAIRRO: CENTRO

MUNICIPIO: CAPELA UF: SE CEP: -  
NOME PAI/MAE: JUAREZ ROCHA DE MENEZES /MARIA JULIETA DE MENEZES  
RESPONSAVEL: SAMU TEL: 79-964348  
PROCEDENCIA: SAMU - SOCORRIDO PELO SAMU 1

ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Peculiaridades de colivário muito doloroso de corpo inteiro. Nós perdemos de conscientização e descontrole total ao longo do dia* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_*Nos de corpo inteiro. Nós perdemos de conscientização e descontrole total ao longo do dia*  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: ABCP: Ø altas ares

E: Amputação distal de 3º PPG, ferimento exposto 2º, 3º, 4º PPG

DIAGNOSTICO: *Fratura exposta de 3º PPG com descolamento ósseo*PRESCRICAO *ACORTO 3º PPG* HORARIO DA MEDICACAO

① RL 1000 ml IV

② Ivermectina 100 mg IV

③ Ivermectina IV

④ Sintetox 5000 UI IM

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: : :

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



Nome do Paciente: José Edimilson de Melo Leito: \_\_\_\_\_

Nº Prontuário/FAE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

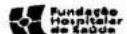
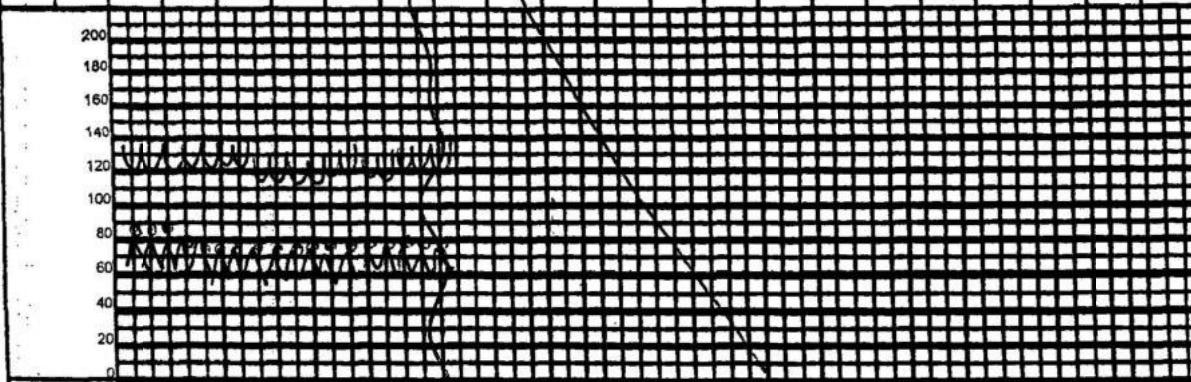
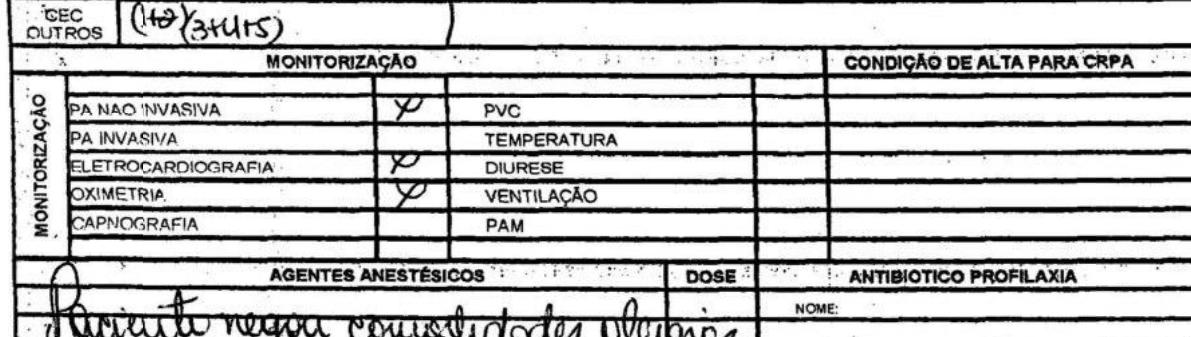
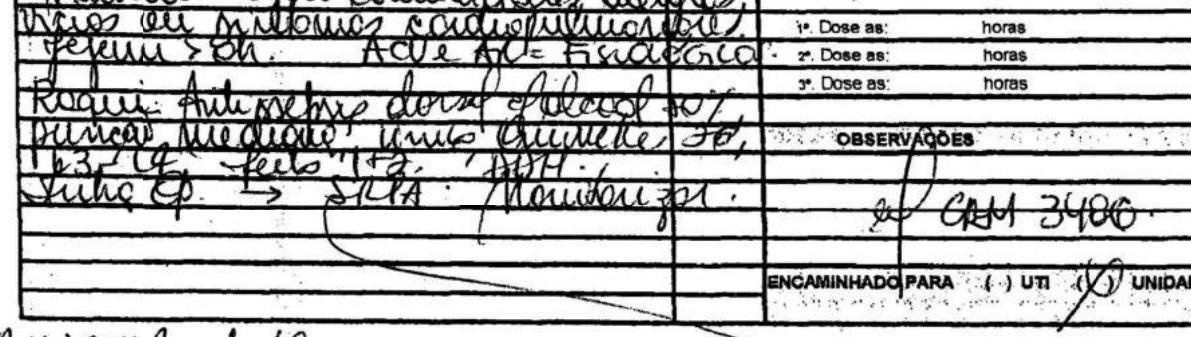
Prontuário FAE		Evolução
		270714
		Openo
		Fraturas em n° 16 E
{		Fraturas 1º/2: 13: 14: 15 PDE
		Fratura 4: 5- 14 + E
		Letis extor 2012 2: PNE
{		Fixar ossos n° 15 +
		remover 19-1
<i>Dr. Thiago P. M. Sampaio</i>		
<i>RESINTRAN</i> 16 MAR 2015		

Data	Hora	Evolução

200

05

7

HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA						 Fundação Hospitalar de Kauder					
PACIENTE:	José Edilberto de Menezes						REGISTRO:						
UNIDADE:	C.C.	MÉDICO:							LEITO:				
CIRURGIA PROGRAMADA			CIRURGIA REALIZADA						DATA				
Trot enrugado de fístulas em perereca									27/03/14				
ANESTESIOLOGISTA	Maria F. Santiago		TÉCNICA ANESTÉSICA		Reequipestesip			MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					
CIRURGÃO	Tigre (Ortopedia)		AUXILIAR					ASA EFIE (A80)					
HORA DE INÍCIO	HORA DE TÉRMINO	ACESSO VENOSO	J180		POSIÇÃO			D34					
21:45													
AGENTES INALATÓRIOS	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	
O <sub>2</sub>	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	000	
ECG	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	
Spi	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	98	
FLUIDOS	RL 1000ml												
CEC OUTROS	(10) (3415)												
													
													
													
MONITORIZAÇÃO						CONDICÃO DE ALTA PARA CRPA							
MONITORIZAÇÃO	PA NAO INVASIVA	✓	PVC										
	PA INVASIVA		TEMPERATURA										
	ELETROCARDIOGRAFIA	✓	DIURESE										
	OXIMETRIA	✓	VENTILAÇÃO										
	CAPNOGRAFIA		PAM										
AGENTES ANESTÉSICOS						DOSE	ANTIBIOTICO PROFILAXIA						
Paciente nega comorbidades alérgicas. Unas 200 ml de soro fisiológico. Fepum > 0h. ACE e AG = Fisiológica Requi. Antibiotico: dobra cloram 0,75 pronta medicação: Unis. Cloram 0,75 1/3 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2 1/2													
						NOME:							
						1. Dose as: horas							
						2. Dose as: horas							
						3. Dose as: horas							
OBSERVAÇÕES													
CAM 3486													
ENCAMINHADO PARA (-) UTI (X) UNIDADE													

- ① Bupi 0,5% Piscop 10mg.
- ② Morfip 50 80mg.
- ③ Bextip 40mg
- ④ Nifepidol 100/5,0mg.
- ⑤ Dexometasona 10mg.
- ⑥



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: JOSE ENILMENO DE FERREIRA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta no pé (E)

CIRURGIA REALIZADA: tra frst no pé (E) + reconstit

CIRURGIÃO: Hugo M. S. S.

AUXILIARES:

ANESTESIA: ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

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

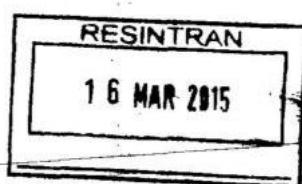
1. Ponte em ORN de artigo
2. Artigo e esp. tuc + esp. esp
3. Deslindar de tr. dentífrica
4. Ligar com sif
5. Obras de rebordo para de 3. PNE
6. Rebag frangura 2: PNE + fer em fer K ab  
1:2:3:4:1:5: PNE + 9:3:7:6:8
7. Bento + artigo + dura + artigo

DATA: 27/02/14



Dr. Lindo P. Adscimento  
Assinatura do Cirurgião  
CRM 3702

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML 80, 05,	UND	<input checked="" type="checkbox"/>
ÁLCOOL 70%	ML	20	SONDA DE ALÍVIO Nº	UND	
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA Nº	UND	
ATAD. CREPOM	UND	11	SONDA NELATON Nº	UND	
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY Nº	UND	
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO Nº	UND	
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS	UND	
CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO Nº	UND	
CATETER FORGATY Nº	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	UND	
CATETER. DE OXIGENIO Nº	UND		FILTRO DE BARREIRA	UND	
CERA P/ OSSO	UND		FIOS		
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX Nº	UND	
CLOREXIDINA <del>100ML</del> / 100ML	ML	50	ALGODÃO C/AG Nº	UND	
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG Nº	UND	
COMPRESSAS GR	UND	1	CAT GUT CROMADO S/AG Nº	UND	
COMPRESSAS PQ	UND		CAT GUT SIMPLES C/AG Nº	UND	
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG Nº	UND	
DRENO DE KHER Nº	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG Nº	UND	
DRENO DE PENROSE Nº	UND		FITA CARDÍACA Nº	UND	
DRENO DE SUCÇÃO Nº	UND		MONONYLON Nº	UND	
DRENO DE TORAX Nº	UND		MONONYLON Nº 2011 3-0 (11111)	UND	
ELETRODOS	UND	1	PROLENE Nº	UND	
EQUIPO	UND		VICRYL Nº	UND	
EQUIPO DE SANGUE	UND				
ESCALPE Nº	UND		EQUIPAMENTOS	USO	
ESCOVA DESCART.	UND	111	BISTURI ELETRICO	USO	
ESPARADRAPO	CM	50	CAPINÓGRAFO	USO	
ESTENSOR	UND		CARRO DE ANESTESIA	USO	
ÉTER	ML		DESFRIBILADOR	USO	
FORMOL 10%	ML		FURADEIRA	USO	OK
GASE ALGODOADA	UND		FOCO CIRÚRGICO	USO	OK
GASE SIMPLES	UND	1	INTENSIFICADOR (X)	RX (	USO
GASE VASELINADA	UND		MONITOR CARDÍACO	USO	OK
GELCO Nº	UND		MICROSCÓPIO	USO	
GEOFOAN	UND		NEGATOSCÓPIO	USO	
INTRA-CATH Nº	UND		OXIMETRO DE PULSO	USO	OK
LÂMINA DE BISTURI Nº 23	UND				
LATÉX	UND		GASOTERAPIA		
LUVAS ESTER Nº 7 7,5 8 8,5	UND	1111	AR COMPRIMIDO	USO	
LUVAS PROCED	UND	1	NITROGÊNIO	USO	
MICROPORE	CM		OXIGÊNIO	USO	
PVPI DEGERMANTE	ML		PROTOXITO DE AZONIO	USO	
PVPI TÓPICO	ML		VÁCUO	USO	



PACIENTE:	Jose Edilberto de Menezes	RG: 97996	DATA: 26/07/94
CIRURGIÃO:	Dr. Thiago		
CIRURGIA:	TTO Cirurgico de Fratura exposta de PÉ (E)		
ANESTESIOLOGISTA:	Dra Marta Santiago	ANESTESIA:	Laque

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> L
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP
DIPIRONA	AMP		
DIAZEPAN	AMP	<i>Em ficha anestesia</i>	
DIMORF	AMP	ANESTESICOS	
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR
DORMONID	AMP	ETOMIDATO	AMP
EFORTIL	AMP	FENTANIL	FR
EDRINA	AMP	ISOFLURANO	ML
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL	AMP
FLAGYL	UND	PAVULON	AMP
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM	AMP
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA	FR
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V	FR
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V	FR
NARCAN	AMP	XILOCAINA GELÉIA	TB
NILPERIDOL	AMP	XILOCAINA SPRAY	DOS
ÁGUA OXIGENADA	ML	SERINGAS ML	UND
AGULHA DE RAQUE N°	UND	SERRA DE GIGLE	UND
AGULHA DESCARTÁVEL N°	UND	SONDA DE ASPIRAÇÃO N°	UND

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Moisés Edilberto de Menezes,  
RG nº 213.724, data de expedição 22/11/2011, Órgão SSP/SE, portador  
do CPF nº 433.890.775-87, com domicílio na cidade de Capela, no  
Estado de Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Brasília nº 817, complemento acima, declaro, sob as penas  
da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima Moisés Edilberto de Menezes.

Veículo: Moto

Ano: 2013

Modelo: Honda CG 150 FAN

Placa: 0EL 881

Chassi: 9C2KC1680E8009055

Data do Acidente: 27-07-2014

Local e Data: J. Guedes das Neves 03-03-2015

Moisés Edilberto de Menezes  
Assinatura do Declarante

### CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Reconheço a(s) Firma(s) Moisés de

Moisés Edilberto de Menezes

Dou fé em Test. 1 da Verdade,  
Capela-SE, 03 de 03 de 2015

Jago Carvalho dos Santos  
Faz de





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE EDILBERTO DE MENEZES,

RG nº 813.784, data de expedição 22/11/2011 Órgão SSP/SE,

CPF nº 438.890775.37, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. COSMEVIEIRA DE SOUZA</u>
Número	<u>817</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CAPELA-SE</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49.700.000</u>
Telefone de Contato	<u>79. 9985-8036 - 79.9941-3661</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: fl. Sua. elas dia

Assinatura do Declarante:

JOSE EDILBERTO DE MENEZES



SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAPELA

Rua da Caixa d'água, 242 - Centro - Capela/SE  
Cep: 49700-000 - CNPJ: 13.233.184/0001-81

Fone: (79) 3263-1241 - E-mail: saaecap@infonet.com.br

INSCRIÇÃO / DEB. CONTA CLASSE TARIFA ECONOMIAS HIDROMETRO MÊS/FAT  
0005543.7 PAR R-1 01 002052 01/2015

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

ROSELI MARIA SANTOS DE MENESES  
RUA COSME VIEIRA DE SOUZA 817, CENTRO  
CAPELA-SE  
CEP: 49.700-000

LOCALIZAÇÃO  
00.00.05.0000001730

SERVIÇOS E TARIFAS			
COD.	DESCRICAÇÃO	PREST.	VALOR
01	ÁGUA		22,30
16	MULTA POR ATRASO - 12/2014		0,49
17	ENCARGOS (12/2014) 2 DIAS		0,02

HIDROMETRIA			
DATA INSTI:	MES	CONS	ULTIMOS DIAS
02/06/03	07/14	14	28
ANTERIOR.: 1385	08/14	15	33
DT ANTER.: 21/01/15	09/14	13	29
ATUAL....: 1400	10/14	15	30
DT ATUAL.: 19/02/15	11/14	12	27
CONSUMO...: 15	12/14	16	34
DIAS CON.: 29	01/15	15	29
OCOR....: 00	MEDIA: 14 (M3)		Jul Ago Set Out Nov Dez Jan
PARAMETRO	VALOR	TOTAL ANALISE	VALOR MÉDIO
RESERVATORIO			
01- RIACHO LAGART.	Cor: ate 15H	01	2,55
	pH 6 a 9	01	7,00
	Cloro ate 5 m	01	0,05
	Turbidez ate 5UT	01	1,00
	C Total Ausente	01	100,00%
PERÍODO DE ANALISE			
28/01/15 A 31/12/15			

PARABÉNS! O SAAE AGRAECE SUA PONTUALIDADE

FATURA 150018121 VENCIMENTO 26/02/2015 VALOR R\$ 22,81  
MENSAGENS:

QUE NOSSA SENHORA DA PURIFICAÇÃO INTERCEDA COM SUAS BENÇAOS  
TODOS OS LARES CAPELENSES

CONSUMIDOR

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE CAPELA  
RUA DA CAIXA D'ÁGUA, 242 - CENTRO - CAPELA/SE  
CEP: 49700-000 - CNPJ: 13.233.184/0001-81  
Fone: (79) 3263-1241 - E-mail: saaecap@infonet.com.br

INSCRIÇÃO: 0005543.7 NOME: ROSELI MARIA SANTOS DE MENESES MÊS/FAT: 01/2015  
FATURA 150018121 VENCIMENTO 26/02/2015 VALOR R\$ 22,81

SAAE NÃO RASURE \* AUTENTICAÇÃO NO VERSO  
0005543.01.15.150018121  
82680000000-0 22810188000-0 55430115150-8 01812100002-2



RESINTRAN

16 MAR 2015



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde



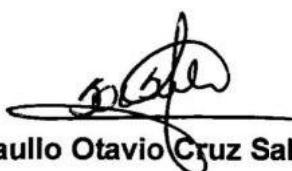
## RELATÓRIO 0501 / 2014 REFERENTE À OCORRÊNCIA

**NÚMERO: 1407270218/ SR – SAMU**

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 09h29min do dia 27 de Julho de 2014, para atendimento a vítima identificada como **José Edilberto de Meneses**, com relato de **trauma no trânsito**, no município de Nossa Senhora das Dores.

A equipe da Unidade de Suporte Avançado do município de Capela, removeu a vítima para o Hospital de Urgências de Sergipe – HUSE, onde deixou a vítima aos cuidados da equipe.

Aracaju, 04 de Setembro de 2014.

  
**Saullo Otávio Cruz Sales**  
Coordenador Médico  
SAMU 192 SERGIPE





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

POLÍCIA ON-LINE



### DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (03263) 1242

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06536.0-000373

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (03263) 1242

#### FATO

Data e Hora do Fato: 27/07/2014 - 09:00 até 27/07/2014 - 09:00

Endereço: POV. SAPÉ Número: Complemento: CEP: 49700-000

Bairro: Povoado SAPÉ Cidade: NOSSA SENHORA DAS DORES - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: JOSE EDILBERTO DE MENESES

Nome do pai: JUAERZ ROCHA DE MENESSES Nome da mãe: MARIA JULIETA DE MENESSES

Pessoa: Física CPF/CGC: 438.890.775-87 RG: 8137846 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: CAPELA Data de nascimento: 08/07/1996 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: MOTOTÁXI Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA COSME VIEIRA Número: 817 Complemento:

CEP: 49.700-000 Bairro: CENTRO Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: Telefone: 9838-1327

#### HISTÓRICO

ADUZ O NOTICIANTE QUE NO DIA, LOCAL E HORA ACIMA CITADOS TRANSITAVA POV. SAPÉ/NOSSA SENHORA DAS DORES, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA (HONDA/CG 150 FAN ESDI, ANO/MODELO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA OEL7881/SE, CHASSI 9C2KC1680ER009055, RENAVAM 603427766, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE); QUE SE DEPAROU COM OUTRA MOTOCICLETA QUE VINHA ULTRAPASSANDO EM SENTIDO CONTRÁRIO; QUE TENTOU EVITAR O CHOQUE MAS COMO A OUTRA MOTOCICLETA VINHA EM ALTA VELOCIDADE NÃO TEVE COMO DESVIAR E ACABOU SE CHOCANDO DE FRENTES; QUE SOFREU VARIAS LESÕES PELO CORPO, ENTRE ELAS 03 (TRÊS) DEDOS DA MÃO E PÉ ESQUERDO QUEBRADOS, 01 (UM) DEDO DO PÉ ESQUERDO AMPUTADO, ALÉM DE DIVERSAS OUTRAS ESCORIAÇÕES; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE NA CIDADE DE ARACAJU, ONDE PERMANECEU INTERNADO POR 03 (TRÊS) DIAS; QUE DEVIDO AO ACIDENTE O NOTICIANTE DEVERÁ SE AFASTAR DAS SUAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 (TRINTA) DIAS. DIANTE DOS FATOS SOLICITA DA AUTORIDADE COMPETENTE AS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER.

Data e hora da comunicação: 05/08/2014 às 11:49

Última Alteração: 05/08/2014 às 11:49.

*Jose Edilberto de Menezes*  
JOSE EDILBERTO DE MENESSES  
Responsável pela comunicação

Janio de Andrade Silva  
Responsável pelo preenchimento

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE NOTAS-N. SR. DAS DORES/SE

Certifico e dou fé que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido	
06 MAR. 2015	
Válido com selo de Autenticidade	
 PÓBLICOS JUDICIAIS DO ESTADO DE SERGIPE SE AD 7890	



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150252824      **Cidade:** Nossa Senhora das Dores      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILBERTO DE MENEZES      **Data do acidente:** 27/07/2014      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/03/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** SEQÜELA DEFINITIVA

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE E LIMITAÇÃO AVANÇADA DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** PÉ ESQUERDO 75%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
<b>Total</b>			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** LUIZ CLAUDIO CORREA CANAAN

**CRM do médico:** 52.48068-5

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

