



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 201950001121
Número Único: 0005261-28.2019.8.25.0027
Classe: Procedimento Comum
Situação: Julgado
Processo Origem: *****

Distribuição: 16/08/2019
Competência: 1ª Vara Cível de Estância
Fase: JULGADO SEM MERITO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS

Endereço: RUA LINDINALVA DIAS DE SOUZA

Complemento:

Bairro: ALECRIM

Cidade: ESTANCIA - Estado: SE - CEP: 49200000

Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE

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

Endereço: Rua da Assembléia

Complemento: 16º andar, Ed. City Tower

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20011000

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



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1^a VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL DE ESTÂNCIA DA COMARCA DE ESTÂNCIA
Av. Tenente Eloi, Bairro Centro, Estância/SE, CEP 49200000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

201950001121

DATA:

21/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200820164104175 às 16:41 em 20/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00060

CONTA: 00000076700-9

Nr. da Autenticação 5FC02BA3BCE34237

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117 **Cidade:** Estânci
Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTE OSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

**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: 3190369117
Nome do(a) Examinado(a): Evandro Mendonça dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lindinalva Dias de Souza, 140 Cs
Alecrim Estancia SE CEP: 49200-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.440.950-2
Data local do acidente: [24/08/2018]
Data local do exame: [19/06/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE EPIFISE DO RÁDIO (PUNHO) COM LUXAÇÃO RADIO ULNAR À ESQUERDA.

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

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA/LUXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS.

Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.

Data da Alta: 25/08/2018

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

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUIDA (+++/5), CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO PÓR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONACÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.

AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 35°

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

Sim Não

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

Sim Não

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

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Esquerdo

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

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

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

Manoel Otálio Nascimento Júnior
Manoel Otálio Nascimento Júnior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

oi

TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0004-11 - INSC. ESTADUAL: 27.060.918-6
RUA LAGARTO, 1176 - ARACAJU - SE CEP: 49010-390
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/3

MARIA JOSE DE MENDONCA
RUA GERALDO BISPO SOUZA, 642
ALECRIM
49200-000 ESTANCIA SE

Referência

SETEMBRO /2018

Telefone

(79) 3522-8250

Vencimento

01/10/2018

Total a pagar

R\$ 52,00

Resumo da sua fatura

OI FIXO	R\$	20,45
OI FIXO PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL SERVIÇOS DIGITAIS		20,45
OI VELOX	R\$	31,55
OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA ASSINATURA VELOX ANTIVIRUS + BACKUP + EDUCA		31,55

29 NOV 2018

Desde 06 de novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx.

Mais informações em www.oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
011501015069

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

Declaração do Proprietário do Veículo

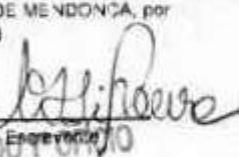
Eu, Maria José de Mendonça,
RG nº 689.181, data de expedição 08/03/2013
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 349.268.895-04 com
domicílio na cidade de Botânia, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua General Bielso de Souza, nº 642,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Brundine Mendonça dos Santos cujo o condutor era
Brundine Mendonça dos Santos,

Veículo: Moto
Modelo: I WUYANG WY 480-2
Ano: 2014/2015
Placa: Q KV 8237
Chassi: LWYUCA202F6036343
Data do Acidente: 25/08/2018
Local e Data: Botânia/SE, 31/11/2018

Maria José de Mendonça
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DA COMARCA DE ESTÂNCIA-SE
Praca Tenente de Figueiredo, 01 - Centro - Estância-SE - CEP: 49700-000
Fone: (059) 3623-3676 - Email: cartorio1@estancia.se.gov.br

Reconheço a firma de: MARIA JOSE DE MENDONCA, por
Autenticidade. Estância/SE 21/11/2018
Selo TJSE 201829521047438
Acesso: www.tjse.jus.br/c/M23ZZM
Clarisse Santos Severa _____ 
Clerical: _____
Engenheiro: _____
Assinatura: _____
Cartório do 1º Ofício
Clarisse Santos Severa
Escrevente

29 NOV 2018

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Eduardo Henrique da Sosta
DATA DA ENTRADA: 25 / 08 / 2014
DATA DA SAÍDA: 25 / 08 / 2014

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

INTERNAMENTO: PS () ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente que entrou na rede pública vítima de Trauma no abdômen esquerdo. Foi encaminhado para cirurgia e que foi realizada ressecção com lâser green em artéria e veias no mesentério superior explorando a área retroperitoneal para o tratamento.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro na maternidade

EXAMES COMPLEMENTARES:

MÉDICOS ASSISTENTES:

D. Oliveira Ferreira (Intervenção e Endocrinologia)

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

ARACAJU, 05 de setembro de 2014

29 NOV 2018

Mauro Henrique P. Freitas
Médico
Assistente

DATASUS

Nº. DO BE: 1774080
CNS:

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA: 25/08/2018 HORA: 02:12 SETOR: 05-ORTOPEDIA

NUCLEO DE VIGILANCIA
UNIDADE TECNICA
DATA DO ENVOIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS
IDADE: 18 ANOS NASC: 10/01/2000
ENDERECO: AVENIDA MANOEL BOMFIM
COMPLEMENTO: 700607983396863 BAIRRO: ALEGRE
MUNICIPIO: ESTANCIA
NOME PAI/MAE: JOSE ERALDO DOS SANTOS /MARIA JOSE DE MENDONCA
RESPONSAVEL: VIZINHO - JOAO DOS SANTOS TEL...: 79-99940,6
PROCEDENCIA: ESTANCIA 305
ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIC DE AMBULANCIA: NAO

DOC...: 2109502

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 1397

UF: SE CEP...: 49200-000

/MARIA JOSE DE MENDONCA

TEL...: 79-99940,6
305

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

700607983396863
DIRETORIA DE SAUDE
INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

DATA DA SAIDA: 25/08/2018

ALTA: [] DECISAO MEDICA

[] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

29 NOV 2018

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Orlando Ferreira Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 1700 44077-4417

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



ENCAMINHAMENTO
HOSPITAL DE REGIONAL SOCORRO



ENCAMINHO O PACIENTE: Eugenio Mendes dos Santos

DIAGNÓSTICO: RMS punho E

ORIENTAÇÕES:

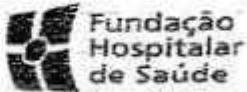
- PRORCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DE SOCORRO, NO DIA 31 / 10 / 2018 AS 06:00 HORAS PARA INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DA MÃO.
- LEVAR TODOS OS EXAMES REALIZADOS (RADIOGRAFIAS, EXAMES DE SANGUE E ELETROCARDIOGRAMA E OUTROS CASO SOLICITADOS)
- CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 31 / 10 / 2018 AS 07 H.
- JEJUM APOS 23 HORAS DO DIA 30 / 10 / 2018.

ATENÇÃO: O NÃO COMPARCIMENTO DO PACIENTE NO DIA E HORA DESCrito ITEM 1º DAS ORIENTAÇÕES, IMPLICARA DESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E CONSEQUENTE DISPONIBILIZAÇÃO DA VAGA PARA O PRÓXIMO PACIENTES EM LISTA DE ESPERA.

21 / 10 / 2018.

[Handwritten signature]
DR. JOSÉ MARCELO
URGÊNCIAS E PRIMÁRIA
CIRURGIA GERAL

29 NOV 2018



HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO



SECRETARIO DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:
H.D:

LEITO:
DATA:

1-Dieta livre, ZERO às 23 horas

2-SG5% 500 ml EV "quando dieta zero"

3-Dipirona 01 ampola, diluída EV 6/6 horas (SOS)

4-Ao centro cirúrgico às 07:00 horas "ATENÇÃO"

5-Sinais Vitais + Cuidados Gerais

*Dr. Rodrigo Alencar Sotho
Av. Dom Hélio, 1300 - Ipanema
RJ 22450-050*

79 MON 2018

HORA	PA	P	T	FR

ECG de Repouso

Exame: 18263

Nome: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS Reg.Clin.: ORTOPEDI

FC 107 bpm

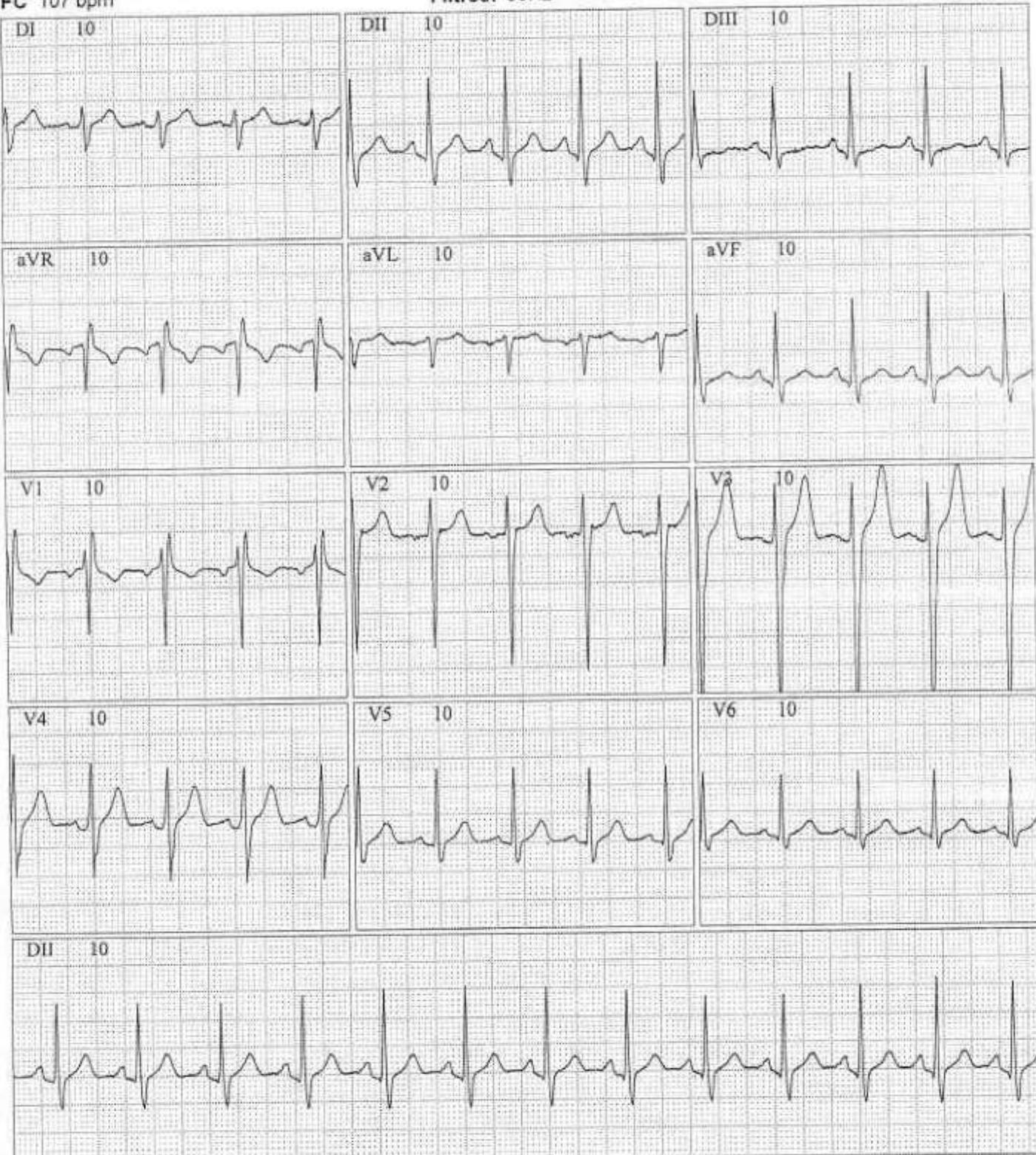
06.09.2018

Data: 06/09/2018

Nasc.: 10/01/2000

Vel.: 25 mm/s

Filtros: 60Hz



PRÉ OPERATÓRIO ORTOPÉDICO

29 NOV 2018

(c) MICROMED Biotecnologia



N Controle: 3732949/2018

Laudo de Ecg

Unidade: Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

Hora Chegada: 16:10

Hora Saida: 16:14

Paciente: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS 06.09.2018

Idade: 18

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 06/09/2018 Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 100 bpm SÂQRS: Indeterminado°

Conclusão: Bloqueio incompleto do ramo direito

Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia – CRM 3445

Salvador/Bahia, 6 Setembro 2018

Assinatura Eletrônica

29 NOV 2018

LAB HUSE

Relatório de amostras

06-09-2018 08:38:50

1/1

s/n: 518-0000528

ver. 2.0.0.156

Medida	Interpolado	Razão	INR	Observações
15.1 g	90.8 %	1.05 r	1.06 INR	(B) F

ana-silvando mendonça

DG-PT

15.1 g

90.8 %

1.05 r

1.06 INR

(B) F

Observações



Dr. Mônica Batista de Almeida
Farmacêutica / Bioquímica
CRF-SE 146

29 NOV 2018

- p. 15) Produto identificado manualmente (Q)
 (B) Curva de calibração elaborada manualmente
 (P) Produto caducado

- (Q) Revisto sem nenhuma política de qualidade
 (C) Erro de CV
 (D) Duplicado
 (R) Repetição

- (I) Há incisões
 (II) Resultado fora do intervalo de normalidade
 (E) Técnica não validada

CN Cancelada

PE Pendente

PR Em curso

FI Finalizada

RV Revista

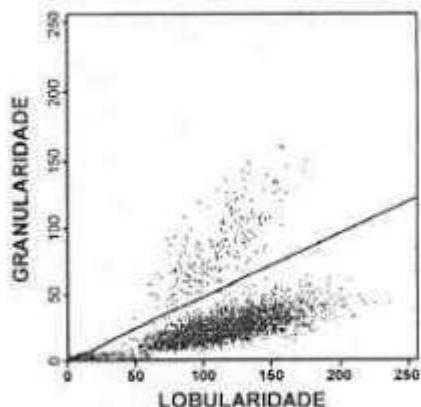
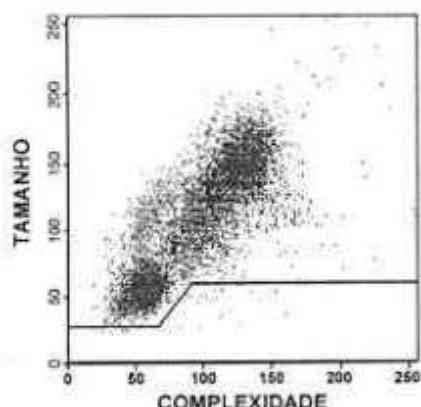
EX Exportada

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

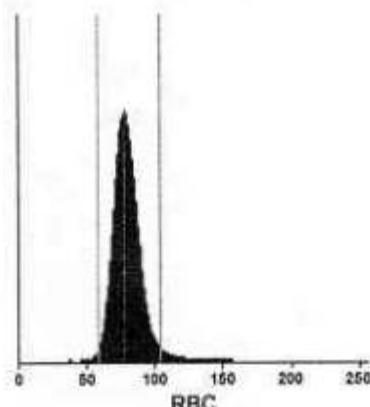
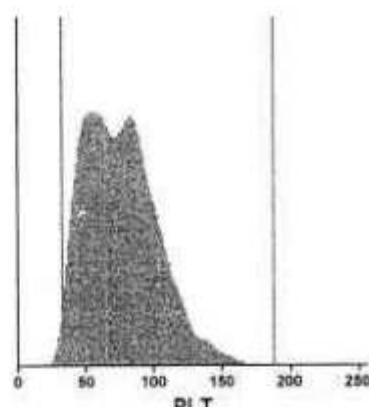
EQUIPAMENTO 2

Pág Diagrama											
ID Amost	002	RRTT	R2	T2	Tipo Am	Patient	SEQ#	3024	IDOP	Admin	
Nome Pac	EDVANDRO MENDONCA DOS SANTOS				DN	10/1/2000	Sex	Ignorado	Corrida	6/9/2018 16:32	
ID Pac	AMB				DT/HR Coleta		Test	CBC			
Dr.					Obs 1		Modo	Fechado	Param	1	
Anotação					Obs 2		Limites	Padrão	(1)		

WBC	10.2	10e3/uL
NEU	5.65	55.4 %
LYM	3.28	32.2 %
MONO	.895	8.77 %
EOS	.240	2.35 %
BASO	.131	1.28 %



RBC	<u>5.87</u>	10e6/uL
HGB	<u>16.8</u>	g/dL
HCT	<u>49.2</u>	%
MCV	<u>83.7</u>	fL
MCH	<u>28.6</u>	pg
MCHC	<u>34.2</u>	g/dL
RDW	<u>10.6</u>	%



LIM. REF						
WBC	3.70-10.1		RBC	4.05-4.69	PLT	155-366
NEU	1.63-6.96	39.3-73.7 %	HGB	12.9-14.2	MPV	6.90-10.6
LYM	1.09-2.99	18.0-48.3 %	HCT	37.7-53.7		
MONO	.240-.790	4.40-12.7 %	MCV	81.1-96.0		
EOS	.030-.440	.600-7.30 %	MCH	27.0-31.2		
BASO	0.00-0.080	0.00-1.70 %	MCHC	31.8-35.4		
			RDW	11.5-14.5		

INTERPRETAÇÃO

—LEUC————HEM-

-PLT-

ANORMAL DEE POR USUÁRIO:

Leucocytosis

Polliciteria

PLT Microcitica

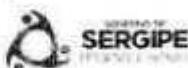
Linfocitose

Monocitosis

Basofilia

29 NOV 2018

*Dra. Monica Batista de Almeida
Farmacêutica / Bioquímica
CRF-SE 146*



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Enaldo Moysés dos S.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente
acima necessita ausentar-se de suas atividades
durante 60 (Sessenta) dia(s).

CID 10:

552,5

11/9/18


Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 3036
CPF: 210.300.220-37

29 NOV 2018



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Gumado Munoz 2050

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Fractura Pósio Dígh

PROCEDIMENTO:

Prótese Táxica
Fixação Circunferencial

DATA DA INTERNAÇÃO:

10/09/18

DATA DO PROCEDIMENTO:

11/09/18

DATA DA ALTA:

11/09/18

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar tala ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. _____
no dia 20/09/18

Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 13036
CPF: 218.300.228-37

29 NOV 2018



AMBULANCIAS
DE
RETORNO

SOLICITAÇÃO DE EXA

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

NOME: EVANO V. *V. V. V. V. V.*
IDADE: 16 SEXO: M E. CIVIL: S UNDADE: S

QUADRO CLÍNICO:

ELETRO FOTOGRAMA

~~EXAMES SOLICITAD~~

XAMES
ECG

ECG
ECG

ECO
ULTRASSON

EM 06.09.18

~~Dra. Rodrigo Alencar Santos
MR. Ortopedista / Traumatologista
CROUSE 5592~~

29 NOV 2018



Fundação Hospitalar de Saúde



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Enzo Novaes J.

Realizar RX:

- Mão → AP+Obliq. Direita/o
 Punho → PA+P Esquerda/o
 Dedo → AP+P

Realizar para o retorno no ambulatório!

Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 3036
CPE

DATA 11/09/18

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

29 NOV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117 **Cidade:** Estânci
Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTE OSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA. 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Carta de Solicitação de Analise e Perícia Médica

Eu Evandro Mendonça dos Santos CPF: 016.487.285-02, sofri acidente de Transito no dia 24/08/2018 o qual tive Fratura do Rádio Distal Esquerdo.

Estou com graves sequelas e desde o acidente estou passando necessidades e estou com dificuldades diversas, dores constantes, perda de força do membro Superior Esquerdo, parestesia, impossibilidade de exercer atividades do dia a dia.

Peço que por gentileza prossiga com meu processo de Seguro DPVAT, para que eu seja melhor avallado e indenizado, caso necessário uma perícia Médica estou a disposição.

Desde já agradeço!

Endereço: Rua Geraldo Bispo Souza

Bairro: Alercrim

Estância/se

CEP: 49200-000

Telefone: 79 998471511/ 3015-1511

Evandro Mendonça dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117 **Cidade:** Estância
Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2018
Natureza: Invalidez Permanente
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE EPÍFISE DO RÁDIO (PUNHO) COM LUXAÇÃO RÁDIO ULNAR À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL (CALÓ ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 35°

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369117

Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190369117

Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000060**

Conta: **0000076700-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

016.487.285-02

Nome completo da vítima:

Evanandro Ximondeca dos Santos

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

Nome completo:

Profissão:

RECURO

Bairro:

Alegreína

Email:

x —

Endereço:

Rua Geraldo Bispo Souza

Cidade:

Estânea

CPF:

016.487.285-02

Número:

642

Complemento:

Casa

Estado:

SE

CEP:

599300-000

Tel. (DDD): 3015-3533

(39) 99673-5377

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0060

CONTA: 36700

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: Estânea / SE, 22/11/2018

Nome: Evanandro Ximondeca dos Santos

CPF: 016.487.285-02

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: _____ 29 NOV 2018

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



29 NOV 2018



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 71288 - FATO ATÍPICO

Data do registro: 22/11/2018 10:09:53

Situação: Aguardando Validação

FATO

Descrição da Natureza: Fato atípico

Data: 24/08/2018 23:00

Endereço: Rua do Quilombo

Número:

Bairro: CENTRO

Cidade: ESTANCIA

VÍTIMA

Nome: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS

Nome da mãe: MARIA JOSE DE MENDONÇA

Data de nascimento: 10/01/2000

Nome da pai: JOSE ERALDO DOS SANTOS

RG: 24409502

Profissão: RECUSA

CPF:

Órgão emissor: SSP / SE

Naturalidade:

LOGRADOURO

Endereço:

Número:

Bairro:

CEP:

Cidade: ESTANCIA/SE

RELATO DO FATO:

Relata a vítima Notificante que ao trafegar no endereço acima citado conduzindo a moto I/WUYANG WY 48Q-2 PLACA QKV8717 CHASSI LWYMCA202F6016343, de Propriedade de Maria José de Mendonça CPF: 345.268.895-04, quando seguia e ao passar por uma quebra-molas sem sinalização a vítima notificante perdeu o controle da moto vindo a cair.

29 NOV 2018

X Rombos londrino dos ombs.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

016.487.285-02

Nome completo da vítima:

Evanandro Ximondeca dos Santos

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

Nome completo:

Profissão:

RECURO

Bairro:

Alegreína

Email:

x —

Endereço:

Rua Geraldo Bispo Souza

Cidade:

Estânea

CPF:

016.487.285-02

Número:

642

Complemento:

Casa

Estado:

SE

CEP:

599300-000

Tel. (DDD): 3015-3533

(39) 99673-5377

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

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0060

CONTA: 36700

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

MORTE

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: Estânea / SE, 22/11/2018

Nome: Evanandro Ximondeca dos Santos

CPF: 016.487.285-02

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: _____ 29 NOV 2018

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



29 NOV 2018



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DO INTERIOR - COPCI
Rua Duque de Caxias, 1/6, Palácio da Polícia Civil, Bairro São José, Aracaju/SE



Ofício nº. 046/2019 – COPCI OPERACIONAL

Aracaju/SE, 26 de junho de 2019.

Ref.: Informação sobre Delegacia Virtual

A Sua Senhoria,
Amauri Marcondes
Consultor de Segurança da LIDER seguradora
NESTA

Assunto: *Informação sobre a delegacia virtual*

Senhor Consultor,

Cumprimentando-a cordialmente, em resposta à solicitação feita sobre Boletins de Ocorrência lavrados na Delegacia Virtual da Polícia Civil de Sergipe, informo que nos próprios sítios eletrônicos da Secretaria de Segurança Pública do Estado de Sergipe e da Polícia Civil de Sergipe, no ícone que trata da Delegacia Virtual, há a advertência que os casos de acidente com vítimas não podem ser registrados na delegacia virtual e sim em uma delegacia de polícia física, e que os referidos documentos caso sejam confeccionados por meio da delegacia virtual serão descartados, não possuindo qualquer validade.

Atenciosamente,

Fábio Luiz Silva Pereira
Delegado de Polícia Civil
COPCI-Operacional

C O P C I O P E R A C I O N A L

