



**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: 201950001120
Número Único: 0005256-06.2019.8.25.0027
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 15/08/2019
Competência: 1ª Vara Cível de Estância
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Endereço: OTAVIANO SIQUEIRA

Complemento:

Bairro: ALAGOAS

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:

201950001120

DATA:

17/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200817163003849 às 16:30 em 17/08/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06627

CONTA: 00000006454-3

Autenticação:

996F6CDCD697DA604612CE0449A45E00BC1706A0DF81EAE3B5740ECB06C7583B

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326933 **Cidade:** Estâncio
Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO PERILUNAR DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM/SE 161, 12/05/2019.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190326933 **Cidade:** Estâncio
Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO PERILUNAR DO CARPO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINA 01, DR. ADELINO CARVALHO NETO, CRM/SE 161, 12/05/2019.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

No. DO BE: 397853
CNS:DATA: 02/09/2018 HORA: 08:43 USUARIO: CVFGRILLO
SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DELMAR FRANCISCO DE JESUS
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/10/1973
 ENDERECO....: RUA OTAVIANO SIQUEIRA
 COMPLEMENTO...: 126010037680005 BAIRRO: ALAGOAS
 MUNICIPIO....: ESTANCIA
 NOME PAI/MAE..: ROBERTO DE JESUS
 RESPONSAVEL...: ALISSON-SOBRINHO
 PROCEDENCIA...: ESTANCIA - SE
 ATENDIMENTO....: OUTROS SEM ESPECIFICACOES
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
 TRAUMA: NAO

DOC...: 1096189
 SEXO..: MASCULINO
 NUMERO: 527
 UF: SE CEP...: 49200-000
 /MARIA INACIA FRANCISCA
 TEL...: 79-99806-775

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

*Relato de dor no mido, dor de dor no abd, no fci pi, dor de dor.**Bexiga, escravo, espasmos,*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Coxa na no e punho diao.

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*1-Dipintra 10m.**2-Coxa/escravo a cadera.*

10:00

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

J. V. 2018

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

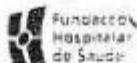
Alisson Machado de Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

17 JAN 2019



RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Delmas Froncwa de Souza

DATA DA ENTRADA: 02 / 09 / 2018

DATA DA SAÍDA: 02 / 09 / 2018

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 desse entrado com lesão cervical de trauma em tronco direito, apresentando luxação cervical lumbos dia corpo direito. Foi avaliado pelo ortopedista a qual realizou redução manual da luxação e também procedeu a imobilização com colar axilar. Posteriormente encaminhou o paciente para cirurgia de correção do nó.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro no prontuário

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de resumo direto (AP e perfil)

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Benício Neto (Ortopedia e Traumatologia)

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

ARACAJU, 19 de novembro de 2018

Assistente

José Agostinho P. Freitas
Assistente

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 1777700
CNS:DATA: 02/09/2018 HORA: 12:01 USUARIO: ACFERREIRA
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : DELMAR FRANCISCO DE JESUS
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 06/10/1973 Fatura DOC...: 1096189
 ENDERECO....: RUA OTAVIANO SIQUEIRA DS - AD SEXO...: MASCULINO
 COMPLEMENTO...: 126010037680005 NUMERO: 527
 MUNICIPIO....: ESTANCIA UF: SE CEP...: 49200-000
 NOME PAI/MAE...: ROBERTO DE JESUS /MARIA INACIA FRANCISCA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 7998067775
 PROCEDENCIA...: ESTANCIA
 ATENDIMENTO...: TRAUMA /
 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:

teme puto () DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
 do Corso. Relevo puto redutor nasal + mobilizaçao
 Rx catarral; escurvado lateral
 encardido à fricção arred
 de Mto

DIAGNOSTICO:

~~laringite peritonsilaris~~ CID: ()

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

X

puto ()

AP +

P

~~Redutor nasal~~~~+ tais auto~~~~5200~~

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO proprio HOSPITAL (SETOR):

Dr. Benone Neto

Ortopedia e Traumatologia
Clínica e Cirurgia da Coluna

CRM/SE 3834 TECR 13529

HORA DA SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



CIRURGIA DE MÃO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

GESTÃO DE SERVIÇO DA SAÚDE

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



Fundação
Hospitalar
de Saúde

ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE RETORNO DE TRATAMENTO
CONSERVADOR DE FRATURAS DO PRONTO SOCORRO

PACIENTE: Delmo Francisco de Jesus IDADE: 44

DIAGNÓSTICO: Luxação peri-semitens
do corpo D

PROCEDIMENTO REALIZADO NA URGENCIA: Redução I-mento

AGENDAR CONSULTA DE RETORNO EM 02 DIAS

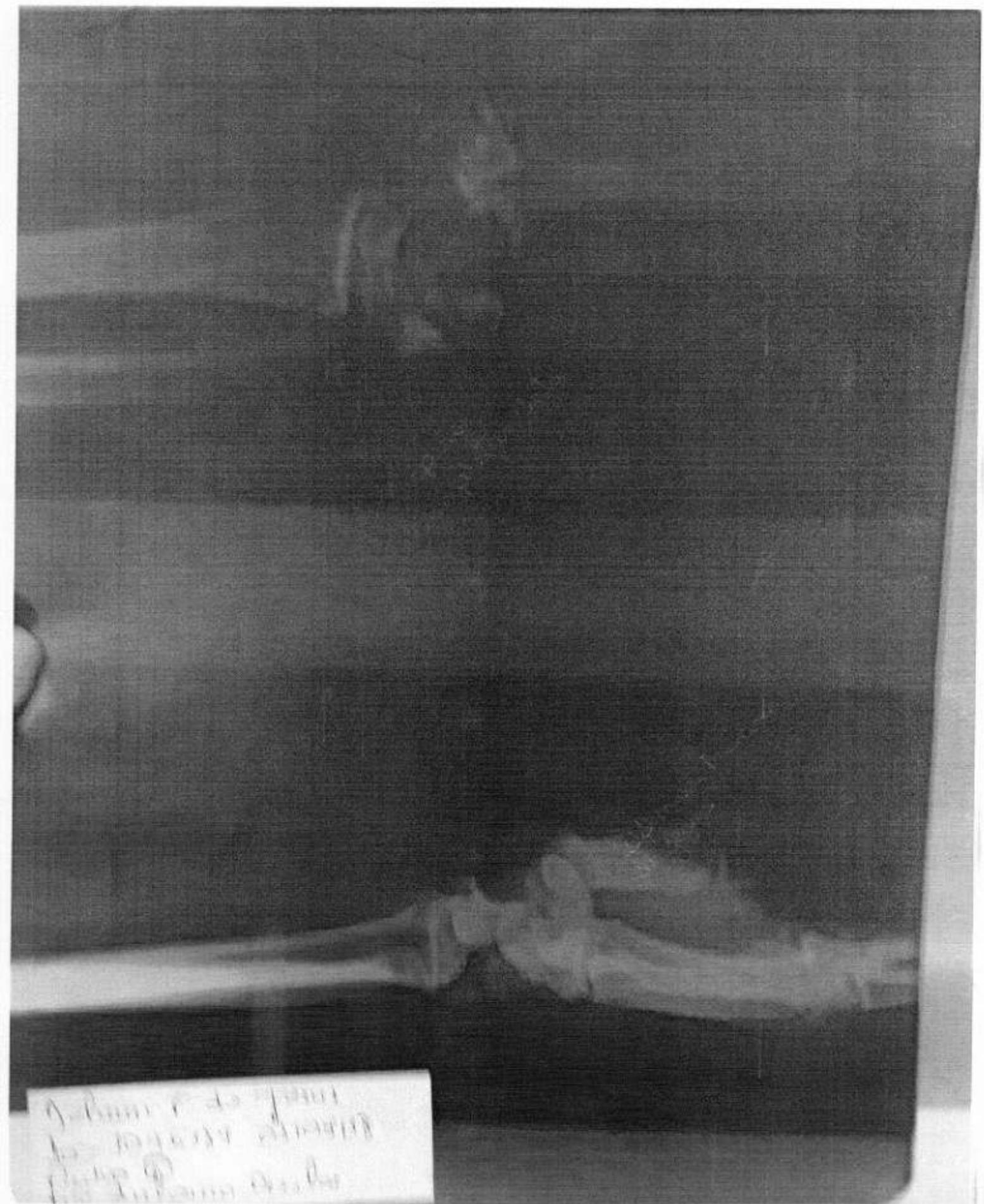
ARACAJU-SE, 02/03/18

ORTOPEDISTA RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO

- AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE RETORNO ANEXO AO PRONTO SOCORRO DO HUSE DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRAS DAS 7 AS 17 HORAS.
- LEVAR TODAS AS RADIOGRAFIAS FEITAS NO DIA DE ATENDIMENTO NO PRONTO SOCORRO PARA A CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO.
- TELEFONE: 32062800 3234 - 3412

Av. Tancredo Neves, S/N – Bairro Capuchão – Aracaju/SE

17 JAN 2019



DATA DO EXAME : 02/09/2018 12:23:10 TÉCNICO VALDÉS
NASCIMENTO : 06/10/1973
MUNICÍPIO : MARINGÁ



17 JAN 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - SE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
0	VIA	00000000000000000000000000000000	EXERCÍCIO
3	CÓD. HABITAC.	010344754662	INÍCIO
4	NOME	DELMIAR FRANCISCO DE JESUS	
6	PLACA ANT/UF	589-793-SE	CHASSI
0	ESPECIE TIPO	OL/411/SE	COMBUSTÍVEL
0	MARCA/MODELO	OL/DO/GASOL.	ANO/MOD
4	CAP/PORT/CL.	2F0CV/1.62XC	ANO/FAB
0	CATEGORIA	PARTIC	COR PREDOMINANTE
0	COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VEÍCULO/IAS
DENTRAN		CONTAN	
SEU VEHÍCULO ESTÁ AUTORIZADO A TRANSPORTAR PESSOAS, CARGA, EQUIPAMENTOS, MATERIAIS, ETC. DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES DE COBERTURA DO SEU SEGURO DPVAT. SEU VEHÍCULO NÃO POSSUI SEGURO DPVAT.			

SE N° 013843910129 BILHETE DE SEGURO DPVAT		
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204		
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2018	09/07/2018	
PLACA	OL/411/SE	
OPEN/CNPJ	589-793-7901-97	
RENTAM	HONDA/NXR160 BRUG ESSD	
NOTAS	NO CHASSI	
2014	02	
92C2KDC031QFR409056		
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DESENTRALIZADO	VALOR DO SEGURO (R\$)
81,29	9,03	20,32
CUSTO DO BILHETE (R\$)		
4,15	0,70	185,50
PAGAMENTO	PAGAMENTO	
X	PAGAMENTO	
ESTAMPA		DATA
LUCIANA CLEDA CIRGAS DE MELO		09/07/2018
DIRETORIA PRESIDENCIAL		
		FBT 29
		NOV-2018



Dr. Adelino Carvalho Neto
CREMSE 161
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA

RELATÓRIO MÉDICO PERICIAL.

(SOLICITAÇÃO SEGURO D.P.V.A.T.)

Decorrente de acidente de transito em 02/09/2018

DELMAR FRANCISCO DE JESUS sofreu luxação do punho direito tipo
PERILUNAR DO CARPO DIREITO com rotura de todo aparelho ligamentar
CID10- S 63.0

Houve agravamento das lesões durante o tratamento já concluído com
prejuízo para a integridade física do paciente.

Das sequelas:- redução da mobilidade do punho direito na flexo extensão,
perda de estabilidade articular, artrose posttraumática por necrose
avascular, edema crônico residual doloroso, distrofia simpático reflexa,
com perda de força. Tratamento já concluído e as lesões residuais são
permanentes.

Aracaju, 12 de maio de 2018

Adelino Carvalho Neto - Medico perito

Adelino Carvalho Neto
Adelino Carvalho Neto
Ortopedista
CREMSE 161

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

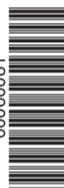
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

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, 16 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190326933

Vítima: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DELMAR FRANCISCO DE JESUS

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **DELMAR FRANCISCO DE JESUS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000006627**

Conta: **0000006454-3**

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:	Nome completo da vítima:
	589.793.795-87	Delmar Francisco de Jesus
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Delmar Francisco de Jesus Profissão: Recreio Endereço: Rua Otávio Siqueira Bairro: Estâncias E-mail: _____		CPF: 589.793.795-87 Número: 527 Complemento: Casa Estado: Sergipe CEP: 49200-000 Tel.(DDD): 3015-1533 Tel.(DDD): 79199847-4533

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: 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 não alfabetizado

Local e Data: Estâncias/SE, 08/01/2018
Nome: Delmar Francisco de Jesus
CPF: 589.793.795-87

(*) Assinatura de quem assina A RG
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito tor do contíudo, antes do preenchimento e assinatura.

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



17 JAN 2019



PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/10484.0-000471

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA
Endereço: FONE:()

FATO

Data e Hora do Fato: 02/09/2018 - 11:00 até 02/09/2018 - 11:00

Endereço: BR101 Número: Complemento: na ponte próximo ao posto de gasolina

CEP: 49200-000

Bairro: SANTA CRUZ Cidade: ESTÂNCIA - SE Circunscrição: PROJETO ACORDE - ESTÂNCIA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DELMAR FRANCISCO DE JESUS

Nome do pai: ROBERTO DE JESUS Nome da mãe: MARIA INÁCIA FRANCISCA
Pessoa: Física CPF/CGC: 589.793.795-87 RG: 10961895 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: RIO DE JANEIRO Data de nascimento: 06/10/1973 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda
Profissão: Acoplador Estado civil: Convivente Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: Rua Otaviano Siqueira Número: 527 Complemento: Casa

CEP: 49.200-000 Bairro: Alagoas Cidade: ESTÂNCIA UF: SE

Proximidades: Telefone: 998067775

HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, hora e local em epígrafe estava conduzindo sua moto HONDA/NXR 160 BROS ESDD, COR PRETA, PLACA QKP 7411/SE, ANO FAB. 2014, ANO MOD. 2015, CHASSI 9C2KD0810FR409058, em direção a sua residência; Que o noticiante afirma que é habilitado e estava portando capacete de proteção; Afirma que estava na velocidade permitida, mas foi surpreendido com um buraco na BR 101 na ponte; Afirma que bateu o pneu dianteiro e acabou caindo; Que o noticiante afirma que os motoristas que vinham atrás pararam e começaram a sinalizar e um dos rapazes lhe ajudou a levantar; Que o noticiante afirma que conseguiu ir para o hospital e lá foi diagnosticado que estava com o pulso quebrado; Afirma e comprova as lesões conforme relatório médico; Que apresenta como suas testemunhas as senhoras Sandra Santana Silva, portadora do RG. 949.179 SSP/SE e CPF 610.086.055-49, residente e domiciliada na Avenida Domingo Alves Ribeiro, nº251, Bonfim, Estância/SE e Iraci Andrade Silva, portadora do RG. 360.894 SSP/SE e CPF 587.651.825-53, residente e domiciliada na Avenida Senhor do Bonfim, nº108, Bonfim, Estância/SE; Que o noticiante afirma que o boletim é para fins do seguro DPVAT.

Data e hora da comunicação: 28/09/2018 às 17:17

Última Alteração: 28/09/2018 às 17:13.

OBS: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro; Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

DELMAR FRANCISCO DE JESUS
Responsável pela comunicação

Alessandra de Lima Alves
Responsável pelo preenchimento

17 JAN 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	589.793.795-87	Delmar Francisco de Jesus		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF: 589.793.795-87		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
Recreio	Rua Otávio Siqueira	527	Casa	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP: 49200-000	
Alagoinhas	Estâncias	Sergipe	Tel.(DDD): 3015-1533 79199847-3533	
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6627 CONTA: 06454 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Local e Data: Estâncias/SE, 08/01/2018
 Nome: Delmar Francisco de Jesus
 CPF: 589.793.795-87

(*) Assinatura de quem assina A RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 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 RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do intuito tor do contíudo, antes do preenchimento e assinatura.

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



HOSPITAL REGIONAL DE ESTANCIA

Ato Declaratório

Fundação
Hospitalar
de Saúde

BE: 3978J6	DATA: 01/09/18	HORA: :	CNS: 126.0100.3768.0005
NOME: Delma Fornareiro de Jesus			
IDADE: 45	DATA DE NÁSCIMENTO: 06.10.73		DOC: 1096189 SEXO: M
ENDERECO: Rua Estancia Siqueira		Nº 527	
BAIRRO: Alagoinhas	COMPLEMENTO: casa	CEP: 49200-000	
MUNICIPIO: Estância	UF: SE	ATENDENTE: LSS	
NOME PAI: Quettente de Jesus			
NOME MÃE: Maria Inês Fornareiro			
RESPONSÁVEL:	TEL: 749-9806-7775		
MOTIVO ATENDIMENTO: Imediata	CASO POLICIAL:		P/ DE SAÚDE:
ACID. TRABALHO:	VEIO AMBULÂNCIA:	TRAUMA:	MAUS TRATOS:

DADOS CLÍNICOS:

Acusa dor no peito de curvatura.
Aos 4h30; Door no pulmão direito.

BCC: VTC, clínica 15.

Fevereiro eupnico.

cf: Sd. rebaixado na tntc - Envolvendo tronco.
cefalofgia + dor na dm. 15.

Dr. Uellinton Ferreira
Angiologista e Cirurgião Vascular
CRM - SE 5259

DIAGNOSTICO:	CID:
PREScriÇÃO	HORÁRIO DA MEDICAÇÃO:

DATA DA SAIDA: ___ / ___ / ___ HORA: ___ : ___

ALTA: DECISÃO MEDICA () A PEDIDO () EVASÃO ()
DESISTÊNCIA () ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO ()

17 JAN 2019

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL