



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**

**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202062000213

Número Único: 0000210-38.2020.8.25.0015

Classe: Procedimento Comum

Situação: Andamento

Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 10/02/2020

Competência: Capela

Fase: POSTULACAO

Processo Principal: \*\*\*\*\*

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Endereço: RUA JOSE PEDRO DA SILVA

Complemento:

Bairro: CENTRO

Cidade: CAPELA - Estado: SE - CEP: 49700000

Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: Centro

Cidade: Rio de Janeiro - Estado: - CEP: 20031205

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



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**  
**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apenasdos:**

--

**Processos Dependentes:**

--



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**CAPELA DA COMARCA DE CAPELA**

**Rod. Manoel Dantas, Bairro Centro, Capela/SE, CEP 49700000**

**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202062000213

**DATA:**

25/06/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200625110601366 às 11:06 em 25/06/2020.

**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: 24/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02391

CONTA: 00000026324-3

---

Nr. da Autenticação 4C8E1B62A776306F

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437693      **Cidade:** Capela      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 31/03/2018      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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

22 NOV 2018

## Militório Mário

Militório para dividir  
fim, que o havia tido, Eualdo  
Mário da Costa, ferido na  
audição de um tiro, tido  
causado fratura pelas tibial  
esquerda. Evolução com  
máliq humorath grave.

592

593

Dr. Paulo Cândido de Lima Jr.  
Ortopedista e Traumatologista  
Coluna Vertebral  
CRMSE 3720

MATRIZ - Rua Jackson de Figueiredo, 386  
Centro, Nossa Sra. das Dores/SE  
(79) 3265.1686 / 3265.1059 / 9820.2132

21 NOV. 2018



19 SFT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS	000005912091	NP 013637304596	
DETAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	PLA. E.R.C.	
1	00509218440	00000000000000000000	
		EXERCÍCIO	
1	2018		
4	NOME		
3	ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS		
1	*****		
7	*****		
9	*****		
6	CPF / CNPJ	PLACA	
1	845.835.714-61	DEJ9182	
1	PLACA ANTO/UE	CHASSI	
	DEJ9182/SE	9C2KC1668DR514474	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA		ALCO/100% GASOL	
MARCAS / MODELOS		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2013	2013
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P0CV/149CC		PART IC	VERMELHA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	PAGO	*****	*****
P			
V	FAIXA LEVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2013
A	*****	*****	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018			
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAÇÃO		DATA	
CAPELA-SE		08/01/2018	
Marcos Sampaio Kuhn		DIRETOR PRESIDENTE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

SE N° 013637304596 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		08/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	845.835.714-61	DEJ9182	
1	RENAVAM	MARCAS / MODELOS	
	589P18440	HONDA/CG 150 TITAN EX	
1	ANO FAB.	DATA FAB.	NR CHASSI
	2013	.9	9C2KC1668DR514474
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DEPATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,29	9,83	185,32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL PAGO PÓR SEGURO (R\$)	
4,15		185,32	
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA	05/01/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.606/0001-04

22 NOV 2018

Solicitação de Ré - Análise

Eu: Erivaldo Lucio Dos Santos portador do RG:2000004015880 CPF:845.835.714-61 residente na Rua Jose Pedro Da Silva Nº 07 Quadra: C Bairro: Centro Cidade: Capela -SE Cep: 49.700-000 venho pelo presente instrumento, solicitar aos senhores que seja marcado uma Perícia médica para o meu processo , pois só foi liberado 1 para as lesões que mim encontro enviei relatório médico que comprovam as lesões que foram **FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO CID:592 E CID:T93** sinto muitas dores horríveis não trabalho não consigo movimentar o pé direito fico a merecer dos outros , por isso peço encarecidamente que marquem com urgência uma pericia para que o perito verifique e comprove o que aqui descrevo.

Certo de contar com vossa compreensão ,agradeço desde já.

Erivaldo Lucio Dos Santos

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

NOSSA SENHORA DA GLÓRIA-SE 21/11/2018

TESTEMUHAS:

Camissa Rosa Braga

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437693      **Cidade:** Capela      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 31/03/2018      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 16/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437693      **Cidade:** Capela      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 31/03/2018      **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO COMINUTIVA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

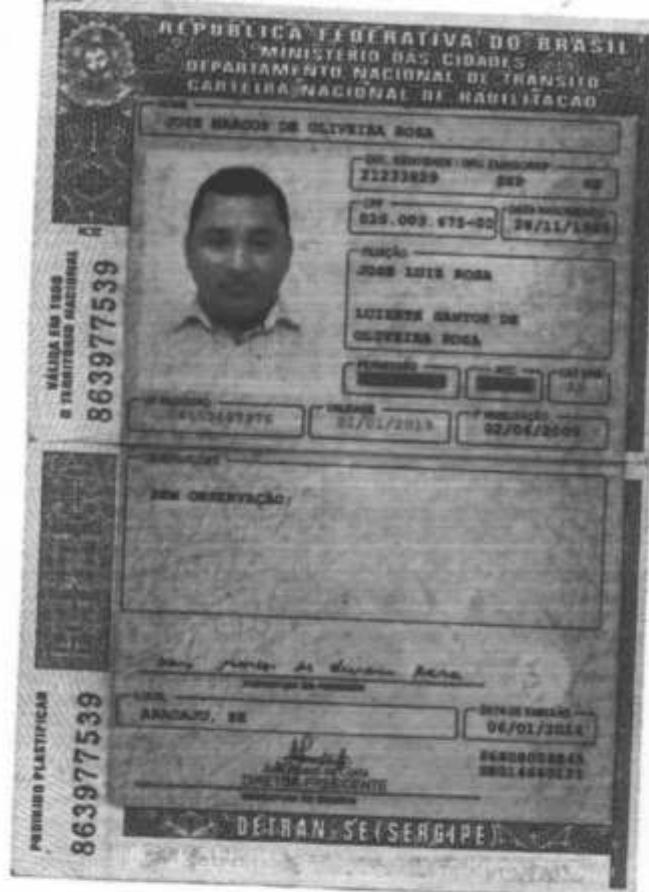
**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO NO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## DANOS

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



19 SFT 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CS	000005912091	Nº 013637304596	
DETAN - SE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	PLA. E.R.C.	
1	00509218440	00000000000000000000	
		EXERCÍCIO	
1	2018		
4	NOME		
3	ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS		
1	*****		
7	*****		
9	*****		
6	CPF / CNPJ	PLACA	
1	845.835.714-61	DEJ9182	
1	PLACA ANTO/UE	CHASSI	
	DEJ9182/SE	9C2KC1668DR514474	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA		ALCO/100% GASOL	
MARCAS / MODELOS		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX		2013	2013
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P0CV/149CC		PART IC	VERMELHA
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
I	PAGO	*****	*****
P			
V	FAIXA LEVA.	PARCELAMENTO / COTAS	2013
A	*****	*****	*****
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO REF. AO EXERCÍCIO 2018			
DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
LOCAÇÃO		DATA	
CAPELA-SE		08/01/2018	
Marcos Sampaio Kuhn		DIRETOR PRESIDENTE	

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

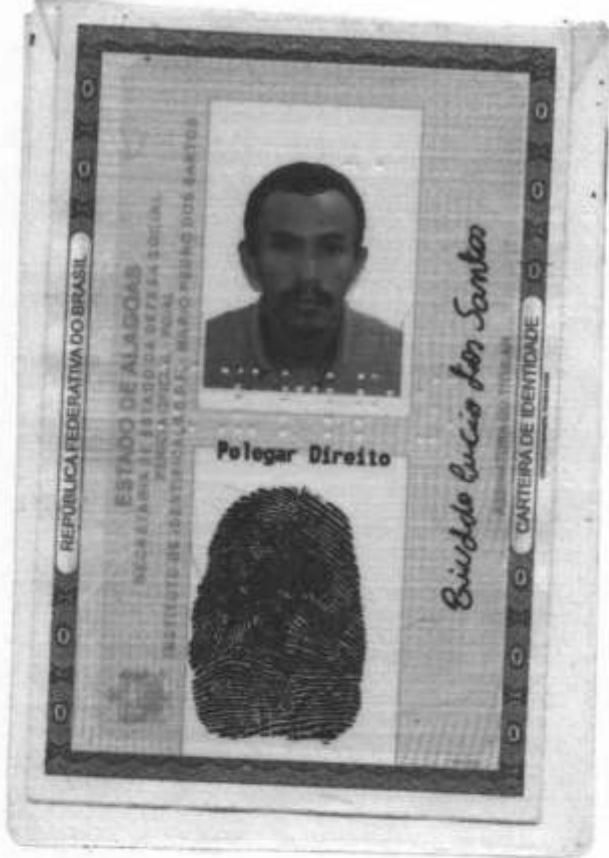
SE N° 013637304596 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2018		08/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	845.835.714-61	DEJ9182	
1	RENAVAM	MARCAS / MODELOS	
	589P18440	HONDA/CG 150 TITAN EX	
1	ANO FAB.	DATA EMISSÃO	NR CHASSI
	2013	.9	9C2KC1668DR514474
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DEPATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
81,29	9,83	185,32	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL PAGO PÓR SEGURO (R\$)	
4,15		185,32	
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELA	05/01/2018	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.340.606/0001-04



- 8 SFT 2018



17 OUT 2018

Melatônio Núcio

Melatônio Núcio dividiu  
fim que o paciente Euraldo  
fusso de lantana feriu a man  
ao lado de moto e caiu,  
sofreu fratura pilão tibial  
que evoluiu com  
inabilidade permanente.

Dr. Paulo Candido de Lima Jr.  
Ortopedia e Traumatologia  
Coluna Vertebral  
CRM-SE 5126

195  
592

MATRIZ - Rua Jackson de Figueiredo, 705  
Centro, Nossa Sra. das Dores/SE  
(79) 3265.1686 / 3265.1059 / 9820.2132

21 JUN. 2018

*jl* | CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA  
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE  
CONFERENCIA: *luis* | AUTENTICAÇÃO 006066

Autentico a presente fotocopia que confere com o original que me foi  
apresentado. Nossa Senhora da Glória/SE, 04 de setembro de 2018

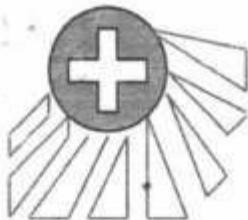
O referido é verdade e dou fé.

Emolumentos: R\$ 2,32 • Ano: R\$ 0,00 - Total: R\$ 2,32

EDERALDO ALVES DA SILVA - Escrivano

Selo TJSE: 201829574 019255

Access: [www.tjse.jus.br/tjse/3-603412](http://www.tjse.jus.br/tjse/3-603412)



## ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA

HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"

FUNDADO EM 18.10.1897

CNPJ (MF) 13.911.698/0001-49

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o Sr. **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS** deu entrada nesta unidade de saúde no dia 31/03/2018 conforme cópia de prontuário anexo.

Capela/SE, 28 de Junho de 2018.

Atenciosamente,

P/Florência Balral Sobral.

**MANOEL MOTA CABRAL**  
**PRESIDENTE**



**ASSOCIAÇÃO DE CARIDADE DE CAPELA**  
**HOSPITAL "SÃO PEDRO DE ALCÂNTARA"**

FUNDADO EM 18.10.1897

Praca Adrealdo Campos, 68 - Centro - CEP: 49.700-000 - Capela-SE

**GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR**

NOME DO PACIENTE:

SEXO: ( ) FEM. ( ) MASC. IDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL:

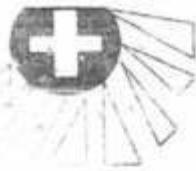
DESTINO DO PACIENTE:

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

CAPELA (SE), \_\_\_\_\_

Medico Responsável



**• FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO**

CARTÃO SUS N° 407 8056 4546 4111 REGISTRO N° 2 217 03 18

**DATA DA ADMISSÃO:** 31/03/18 **HORA:** 20:13

**HORA:** 20:15

Nome: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS		Idade: 35
Sexo: Masculino ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Feminino ( <input type="checkbox"/> )		Cor:
Data de Nasc: 05/06/182		RG: 2.000004013880 SSP/ PR
Filiação	Pai: FRANCISCO LUCIO MACHADO	
	Mãe: MARIA DE LURDES DOS SANTOS	
Endereço:	R.3 DA AB3 - ET 2A 02	
Cidade:	SANTO	Telefone: 98916455
Responsável pelo Paciente:	P. L. S. J. M.	
Grau de Parentesco:	Telefone do Responsável:	
Endereço do Responsável:		
Médico Responsável:	PR: VINI	

**DATA / HORA** **ANAMNESE E EVOLUÇÃO MÉDICA**

DATA / HORA	PREScriÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DAS
DATA / HORA	PREScriÇÃO MÉDICA	MEDICAÇÕES
20/07/18	1. Doflopr. 0c - p.m. 2. Ao NVR - Cráp. 1x	) 2100
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		
19h00 - 20h00		
20h00 - 21h00		
21h00 - 22h00		
22h00 - 23h00		
23h00 - 00h00		
00h00 - 01h00		
01h00 - 02h00		
02h00 - 03h00		
03h00 - 04h00		
04h00 - 05h00		
05h00 - 06h00		
06h00 - 07h00		
07h00 - 08h00		
08h00 - 09h00		
09h00 - 10h00		
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		
19h00 - 20h00		
20h00 - 21h00		
21h00 - 22h00		
22h00 - 23h00		
23h00 - 00h00		
00h00 - 01h00		
01h00 - 02h00		
02h00 - 03h00		
03h00 - 04h00		
04h00 - 05h00		
05h00 - 06h00		
06h00 - 07h00		
07h00 - 08h00		
08h00 - 09h00		
09h00 - 10h00		
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		
19h00 - 20h00		
20h00 - 21h00		
21h00 - 22h00		
22h00 - 23h00		
23h00 - 00h00		
00h00 - 01h00		
01h00 - 02h00		
02h00 - 03h00		
03h00 - 04h00		
04h00 - 05h00		
05h00 - 06h00		
06h00 - 07h00		
07h00 - 08h00		
08h00 - 09h00		
09h00 - 10h00		
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		
19h00 - 20h00		
20h00 - 21h00		
21h00 - 22h00		
22h00 - 23h00		
23h00 - 00h00		
00h00 - 01h00		
01h00 - 02h00		
02h00 - 03h00		
03h00 - 04h00		
04h00 - 05h00		
05h00 - 06h00		
06h00 - 07h00		
07h00 - 08h00		
08h00 - 09h00		
09h00 - 10h00		
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		
19h00 - 20h00		
20h00 - 21h00		
21h00 - 22h00		
22h00 - 23h00		
23h00 - 00h00		
00h00 - 01h00		
01h00 - 02h00		
02h00 - 03h00		
03h00 - 04h00		
04h00 - 05h00		
05h00 - 06h00		
06h00 - 07h00		
07h00 - 08h00		
08h00 - 09h00		
09h00 - 10h00		
10h00 - 11h00		
11h00 - 12h00		
12h00 - 13h00		
13h00 - 14h00		
14h00 - 15h00		
15h00 - 16h00		
16h00 - 17h00		
17h00 - 18h00		
18h00 - 19h00		

**EXAMES SOLICITADOS:** RX ( ) **ULTRASSONOGRAFIA** ( ) **LABORATÓRIO** ( )

**INTERNAÇÃO: ( ) OBSERVAÇÃO: ( ) TRANSFERÊNCIA: ( )**

**ALTA:** / / **HORA:** / / **ÓBITO:** / / **HORA:** / /



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

**ADULTO (—)**

### **CRIANÇA ( )**

OBS : Marcar "M"

## **SINAIS VITAIS E OUTROS DADOS**

**LEGENDA:**

Cor: D= Descolorado; P= Pálido; C= Cianótico; I= Ictérico; H= Hiperemizado; S= Salpicado

P 50. Ainda: Ativo (++); Estimulado (+); S= Sonolento; Co= Convulsões; T= Tremor; Pa= Paralizado; I= Irritado; A= Agitado.

Tabela Numérica da Dor: (0 a 5) - 0 = Ausência de Dor; 1 = Dor Leve; 2 = Dor Moderada; 3 e 4 = Dor Intensa; 5 = Dor Insuportável

NOME DO PACIENTE: Enivaldo Henrique dos Santos  
DATA DA ENTRADA: 31/06/2018  
DATA DA SAÍDA: 05/07/2018

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 ( ) ENFERMARIA (✓) UTI ( )

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de Trauma metacôndilo com edema importante no tornozelo e dor intensa na articulação - Sofreu Relevo e foi colocado na gessoada.  
Adicionou ainda que a noite referiu luxação do tornozelo esquerdo. Em seguida o mesmo foi internado na enfermaria

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

**CARTÓRIO 2º OFÍCIO DA COMARCA  
DE NOSSA SENHORA DA GLÓRIA/SE**

Rua Edílio Vieira de Melo, 20  
Centro - Nossa Senhora da Glória/SE  
CEP 49680-000 - Fone: 79 3411.1365  
E-mail: 2gjorj@tjse.jus.br

HENRIQUE MACEDO ANTÔNIO HENRIQUE BULHÃO MACEDO SILVA - Notaria e Registrador

**AUTENTICAÇÃO 008089**

Autentico a presente fotocópia que confere com o original que me foi apresentado. Nossa Senhora da Glória/SE, 04 de setembro de 2018

O referido é verdade e dou fé.

Emolumentos: R\$ 3,32 + saio: R\$ 0,00 -- Total: R\$3,32

EDERALDO ALVES DA SILVA - Escrivânta

Selo TJSE: 201829574 019256

Acesso: [www.tjse.jus.br/x/7K27RG](http://www.tjse.jus.br/x/7K27RG)

EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de Tornozelo - Esperado.

ECG

RX de PE

RX de Tornozelo -

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Nilson Costa Vieira Filho  
Dr. Washington Batista  
Dr. Francisco Pinho

CONDICÕES DE ALTA: MELHORADO (✓) TRANSFERIDO ( )

ÓBITO ( )

ARACAJU, 05 de 07 de 18

*Nilson Eror*  
Clínica Médica  
CRM/SE 3678

## EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

05/04/18

NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

ALA: VERDE TRAUMA 1 LEITO: CORREDOR GÊNERO: MASCULINO IDADE: 35

DIAGNÓSTICOS: FRATURA/ LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQ.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PT amil. NVDal  
61 Anos.



	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE	
2	SF0,9% EV 1000ML P/ 24H	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø      251 – 300 = 4U      351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U      301 – 350 = 6U      >400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19	ALTA	
20		
21		
22		
23		

# EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE

### PRONTO SOCORRO ADULTO

Página n° 1



CENTRO DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA GOV. ALBANO FRANCO

**NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**

**REG: 29832**

**DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1982**

**DATA: 02/04/2018**

**PROCEDÊNCIA:**

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO ESQUERDO**

Realizados cortes tomográficos axiais do tornozelo esquerdo, que revelaram:

Fraturas comunitivas com desalinhamentos ósseos e extensões articulares em tibia e fibula distais associadas a importante aumento de partes moles adjacentes.

  
DR. EDISON DE OLIVEIRA FREIRE FILHO  
MÉDICO RADIOLISTA  
CRM 2964

/mbc

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose marcos D. D. Rosa inscrito (a) no CPF/CNPJ 020.003.675, 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geraldo Lucio dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.835.714-61, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Geraldo Lucio dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.835.714-61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua 1000 salvo</u>		
Bairro	<u>Brasília</u>	Cidade	<u>N. Gua. Da Glória</u>
Email	<u>marcosdeoliveira@gmail.com</u>		
	Número	Telefone comercial (DDD)	Complemento
	<u>517</u>	<u>79.99189207</u>	<u>escritorio</u>
	Estado	Telefone celular (DDD)	CEP
	<u>SE</u>	<u>79.99252568</u>	<u>49.680-000</u>

N. S. da Glória 04 de 09 de 18  
 Local e Data

Jose marcos de oliveira rosa  
 Assinatura do Declarante

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

045.835.714-61

Erivaldo Bucio dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Erivaldo Bucio dos Santos	045.835.714-61	Brancador
Endereço	Número	Complemento
Rua Jose Pedro da Silva	007	Quadra C
Bairro	Estado	CEP
Centro	SENGIPE	49700-000
Email	Telefone (DDD)	
Marcoegloia@gmail.com	79-99918-9207	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
2391		26324	3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nome	NRO.		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

Belém, 04 de Setembro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



19 SET 2018



### DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

RUA NOVA, CENTRO FONE: (79)3337-1757 EMAIL: depol.pocoredondo@pc.se.gov.br

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06536.0-000918

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERA尔DO BARBOSA, CENTRO FONE: (79)3263-1242

#### FATO

Data e Hora do Fato: 31/03/2018 - 19:00 até 31/03/2018 - 19:00

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49700-000

Bairro: CAMPO DA AVIAÇÃO Cidade: CAPELA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE POÇO REDONDO

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

#### VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Nome do pai: FRANCISCO LUCIO MACHADO Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CFC: 000.000.000-00 RG: UF: Órgão expedidor:

Naturalidade: Data de nascimento: 05/06/1982 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: AGRICULTOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: RUA JOSE PEDRO DA SILVA Número: 07 Complemento: CENTRO

CEP: Bairro: Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: Telefone: 99891-6455

#### HISTÓRICO

NARRA o noticiante que no dia 31/03/2018, por volta das 19:00hs guiava a sua motocicleta pela localidade conhecida como CAMPO DA AVIAÇÃO quando colidiu em um caminhão que estava fazendo uma manobra arriscada e "fechando" totalmente a via; QUE após a colisão o condutor do veículo abandonou o local sem prestar os devidos socorros e nem ser identificado; QUE foi socorrido por uma ambulancia do hospital e conduzido ao HUSE/ARACAJU com fraturas no tomozelo da perna esquerda; QUE a motocicleta se trata de uma HONDA/CG 150 TITAN EX COR VERMELHA ANO 2013 PLACA OEJ9182/SE CHASSI 9C2KC1660DR514474 renavam 00509218440 em nome do noticiante ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS; QUE registra o boletim de ocorrência para fins seguritários. nada Mais.

Data e hora da comunicação: 04/09/2018 às 11:35

Última Alteração: 04/09/2018 às 11:32.

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.

*Erivaldo Lúcio dos Santos*

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação

*Jose Roberto de Melo Santos*  
Jose Roberto de Melo Santos  
Responsável pelo preenchimento

José Roberto de Melo Santos  
CARTÓRIO  
Depol Poço Redondo/SE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
<i>Euraldo Lucio dos Santos</i>	045.835.714-61	31.03.2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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.

Declaro 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

*Cláudio Lucio dos Santos*  
Local e Data

*Cláudio Lucio dos Santos*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Cláudio Lucio dos Santos*  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

19 SET 2018

ATO 2

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: #701209 DATA: 31/03/2018 HORA: 21:47 USUARIO: AAOLIVEIRA  
 CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS DOC...: 20000401588  
 IDADE.....: 35 ANOS NASC: 05/06/1982 SEXO.: MASCULINO  
 ENDERECO....: RUA DA PALMEIRA NUMERO: 126  
 COMPLEMENTO...: 707805645494711 BAIRRO: CENTRO  
 MUNICIPIO....: CAPELA UF: SE CEP...:  
 NOME PAI/MAE.: FRANCISCO LUCIO MACHADO /MARIA DE LORDES DOS SANTOS  
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 7998916455  
 PROCEDENCIA...: CAPELA  
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

*Fx - L + tem... 2000*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

*T - Tc + H + 70 +  
 V - ECG + T - ECG + G - ECG*

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

*Hospital Joao Alves Filho  
 HORARIO: 09:00  
 CRM 4297 / TEC 15697*

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

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

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*31/03/18*  
 22/17  
 p. 59

*EXAMES(S) RAIOS X*  
 DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 HORARIO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 TECNICO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# 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: 14/10/2014

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

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

CLIENTE: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02391

CONTA: 00000026324-3

---

Nr. da Autenticação A22F8AF4E634AD5B

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 2014768670      **Cidade:** Carmópolis      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS      **Data do acidente:** 02/02/2014      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO 2º, DO 4º E DO 5º METACARPOS COM LESÃO DOS LIGAMENTOS À ESQUERDA. FRATURA DO 1º METATARSO ESQUERDO.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (++/+4), DOR, EDEMA E PERDA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS, 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS EM SEMI FLEXÃO CONTÍNUA À ESQUERDA. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (+/4+), EDEMA DE MODERADO VOLUME, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO 1º METATARSO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA NO PÉ.

**Resultados terapêuticos:** FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 02/02/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2014. FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESELLADA DA FRATURA DE METACARPO E REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER DA FRATURA DE METATARSO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DA MÃO ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 07/10/2014

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Manoel Otacílio Nascimento Junior

**CRM do médico:** 1827

**UF do CRM do médico:** SE

## 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 uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75%	52,5 %	R\$ 7.087,50
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25%	12,5 %	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>65 %</b>	<b>R\$ 8.775,00</b>

**PRESTADOR**

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** DEQUITIER MACHADO

**CRM do médico:** 52.93843-2

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

Dequitier Tawalho Machado



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2014

Carta n°: 5450793

A/C: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

**Sinistro:** 2014768670  
**Vitima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 02/02/2014  
**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: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 8.775,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000002391**

**Conta: 0000026324-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>8.775,00</b>

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%**

**Graduação: Em grau intenso 75%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%**

**Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50**

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

**Graduação: Em grau leve 25%**

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

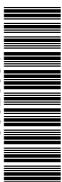
**Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

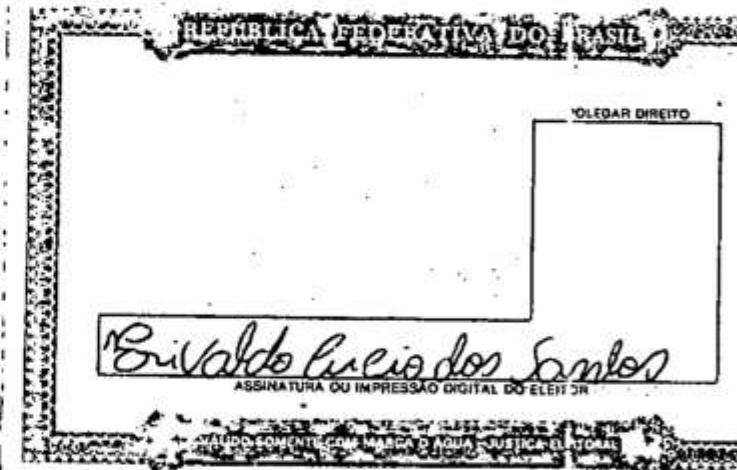
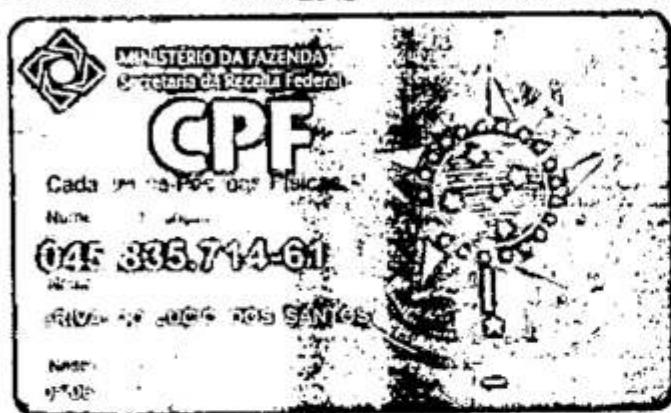




*Erivaldo Lúcio dos Santos*  
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO GERAL 2000004015880 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/06/2000  
NOME ERIVALDO LÚCIO DOS SANTOS  
RESIDÊNCIA FRANCISCO LUCIO MACHADO E  
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS  
SAO SEBASTIAO-AL 05/06/1982 DATA DE NASCIMENTO  
NATURALIDADE  
CERT. NASC. 7301 L A2  
DOC. ORIGEM  
F 52 - SAO SEBASTIAO/AL  
CPF  
T. S. B+  
ASSINATURA DO TITULAR  
Dr. José Karmel A. Vanderlei



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



\*100403

SABEM SÉGURO DAS  
03 SET 2014  
RICARDO VASCONCELOS

---

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2014

Carta nº: 5071713

A/C: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

**Sinistro:** 2014768670  
**Vitima:** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
**Data Acidente:** 02/02/2014  
**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 Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



A3-4  
Entropedia

OK

CC

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

NO. DO BE: 937536

DATA: 02/02/2014 HORA: 22:08 USUARIO: CSSOUZA  
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 NOME: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
 IDADE: 33 ANOS NASC: 00/00/0000  
 ENDERECO:  
 COMPLEMENTO:  
 MUNICIPIO: CARMOPOLIS  
 NOME PAI/MAE:  
 RESPONSAVEL:  
 PROCEDENCIA: CARMOPOLIS  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTONETAS)  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

 DOC...:  
 SEXO...: MASCULINO  
 NUMERO:

BAIRRO: UF: SE CEP...:

TEL...:

TRAUMA: NAO

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: / /

Paciente encaminhado pelo SAMU em protocolo com suspeita de acidente motociclistico c/ capacete, q/ queima de dor em max E e p/ E.  
 Ao exame: A) Vr periorbita, retrato colar cervical ap/ max

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: B) dor c/ cefaleia, c/ dor abdominal, q/ dor uterina C) dor de maxillary c/ cefaleia, dor abdominal, q/ dor uterina D) dor de maxillary c/ cefaleia, dor abdominal, q/ dor uterina E) dor de maxillary c/ cefaleia, dor abdominal, q/ dor uterina

DIAGNOSTICO: FCC em p/ E.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- 1) Dipirona 2 gr/ev
- 2) Propofol 0,15 amp/ev
- 3) Alta da cirurgia
- 4) A Entropedia

5) SAT 50000U

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMEO DO MEDICO

 SABEM/SEGURADORAS/A  
 03 SET 2014  
 RIO DE JANEIRO, RJ

RX max. E (

RX pt E

*Sp*  
Fondi Internazionali  
CNR-SP-121  
Centro Geofisico  
Geofisica e Geodinamica  
SISMICO 43

RX: gravimetro em 4° e 5° QDF  
gravimetro de 1° rotatório E

*Sp*  
Domingo (01:45h) - Pei. Cenário de terremoto/se o  
índice reagir ao sismo hidroacústico (51425). Amostragem  
de gravações expostas em cada estação, se o  
índice reagir. Se necessário, é só mudar o  
câmera.

- caso: ① amanhecer III P- cunegio  
② Marca 5.0! Chay!  
③ Notaço/ os zootropos se espalharam  
④ Est. 6000m! 5M -  
⑤ Av. C.R. 005 - se o terremoto  
cunegio

*Sp*

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 88533  
Numero do CNS....: 00000000000000  
Nome.....: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
Documento.....: Documento.....: Tipo :  
Data de Nascimento: 1/01/1981 Idade: 33 anos  
Sexo.....: MASCULINO

Responsavel.....:  
Nome da Mae.....:  
Endereco.....:  
Bairro.....: Cep.: 00000-000  
Telefone.....:  
Municipio.....: 2801504 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 937536  
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA  
Leito.....: 999.0032  
Data da Internacao: 03/02/2014  
Hora da Internacao: 08:36  
Medico Solicitante: 000.222.643-02 - FERNANDA MESQUITA DE BRITO CASTRO  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: VCDSOUZA

INFORMACOES DE SAIDA

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

SABEM/SEGURADORA S/A  
03 SET 2014  
RIO DE JANEIRO, RJ



## EVOLUÇÃO MÉDICA

Nome do Paciente: EDUARDO LEO SOOS SANTOS Leito:

Nº Prontuário/FAE: \_\_\_\_\_ Sexo: 33 / 1 Idade: 13 Peso: \_\_\_\_\_

Data	Hora	Evolução
04/02/2014		<p>- FRACTURA DA Perna AO 1º METATARSAL NIVEL CARPO-METATARSAL TIPO II, AO 4º FALANGA DIREITA.</p>
		<p>- FRACTURA, SECUNDÁRIA DOS 4º E 5º METATARSOS CARPO-METATARSAL DIREITO A FRACTURA BREVEMENTE PROVOCADA PELA VOLTA DO 3º DEDO (B) X FRACTURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.</p>
		<p>- INJERTO, AO 1º DIA DO CIRURGICO A INJERTO CIRURGICO DA FRACTURA DO FALANGA DA PERNAS AO 4º METATARSAL (B)</p>
		<p>- RETIRADA DO FALANGA DA PERNAS E INJERTO AO 4º DEDO DA MÃO DIREITA.</p>
		<p>- NOVOS CIRURGIOS AO 2º DIA DA DRA. VERA INTERROGATÓRIO MUS. PELA DRA. VERA TAMBÉM CIRURGICO.</p>
05/02/2014		<p>- NECESSITOU DE RETIRADA DA CIRURGIA EJA DO FALANGA DA PERNAS DIREITA E TAMBÉM CIRURGICO DIREITO SEMELHANTE FRACTURA DA PERNAS DIREITA.</p>
		<div style="text-align: right;">           Orlando Ferreira Alves          Ortopedia e Traumatologia          CRM-17893-BOT 6427          SABEM-ESQUERDORA S/A          03 DEI 2014          RIO DE JANEIRO       </div>

Trotz Ceteris



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE URGÊNCIAS LACERDA

Fundação  
Hospitais  
de Saúde

## ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM INTERNAMENTO

NOME: Florivaldo Henrique dos IDADE: 33 SEXO: M REGISTRO: 110 UNIDADE DE PRODUÇÃO: 34 LEITO: 34

HUSE

## BOLETIM DE ANESTESIA

Fundação Hospitalar  
de Guadalupe

PACIENTE:

Enivaldo Lucio dos Santos 33 anos.

REGISTRO:

UNIDADE:

MÉDICO:

LEITO:

CIRURGIA PROGRAMADA

Tratamento cirúrgico das fraturas de pé e m<sup>ão</sup> esq.DATA  
04/02/14

ANESTESIOLOGISTA

Maria F. Santiago.

TÉCNICA ANESTÉSICA

A. Geral + Bloq. Plexo Braco/ul.

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTESICA

CIRURGIÃO

AUXILIAR

ASA

EFIE(ASA)

HORA DE INÍCIO

14h.

HORA DE TÉRMINO

ACESSO VENOSO

POSIÇÃO  
DBH.AGENTES  
INALATÓRIOSO<sub>2</sub> 0000000000  
N<sub>2</sub>O 96 98 98 98  
E<sub>CO</sub> 18 15 13 12  
ET<sub>CO<sub>2</sub></sub> 38 39 38FLUIDOS  
RL 1000ml200  
180  
160  
140  
120  
100  
80  
60  
40  
20  
0CEC  
OUTROS(1+2+3)  
(1) (4+5+6+7)

## MONITORIZAÇÃO

## CONDICÃO DE ALTA PARA CRPA

MONITORIZAÇÃO

PA NAO INVASIVA

X

PVC

PA INVASIVA

TEMPERATURA

ELETROCARDIOGRAFIA

X

DIURESE

OXIMETRIA

X

VENTILAÇÃO

CAPNOGRAFIA

X

PAM

AGENTES ANESTÉSICOS  
Paciente nega comorbidades, sintomas  
concomitantes, alergias ou reações.

Sefum &gt; 8h. Ate 4h AR = fisiológicas.

A. Geral Bolorrecepto: h<sub>2</sub>o erig + Indu-  
cis vaso + TOT TOT HS e calef +  
VM → Intro Op. → Estimulações sem  
mitocôndrias. → SPPA: Morfologia.

DOSE

## ANTIBIOTICO PROFILAXIA

NOME:

1<sup>a</sup>. Dose as: horas2<sup>a</sup>. Dose as: horas3<sup>a</sup>. Dose as: horas

## OBSERVAÇÕES

Maria F. Santiago  
Anest. 10g 100ml  
SE 3426  
CRPAENCAMINHADO PARA ( ) UTI ( ) UNIDADE  
( ) SPPA.SABEM  
SEGURADORAS/A  
RIO DE JANEIRO 01/02/2014

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7

1. Fentanyl 25ug.  
2. Propofol 100mg.  
3. Etomidato 60mg.  
4. Dexametasona 10ug.  
5. Diflunisal 20g.  
6. Ondansetron 80ug.  
7. Cetofenato 100ug.

8. Lido 1% 10ml 40ml.



GOVERNO DO SÉCULO XXI  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

"controls as most"



## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

## FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: ~~JOSE MARIA LOPEZ DE VILLENA~~

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: ~~sinistro esportivo de rodas fôlegas~~

CIRURGIA REALIZADA: ~~Intervento cirúrgico abdominal~~

CIRURGIÃO: Orbiano Ferreira

## AUXILIARES DE DIAZ FORROVER

ANESTESIA: *60 ml* ANESTESISTA: *DR. MIGUEL SANTOS*

## DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

( ) CIRURGIA LIMPA  CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

( ) CIRURGIA CONTAMINADA  CIR. POTENCIALMENTE INFECTADA  CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

## TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

( ) VIAS AÉREAS SUP. ( ) PULMONAR ( ) URINÁRIA ( ) SNC ( ) TGI

( ) CUTANEO ( ) AP. CARDIO-VASCULAR ( ) PLEURA ( ) OUTROS

## **DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

- ASSESSMENT & REVISITATION TO REACH SUSTAINABILITY & INNOVATION (INTERIOR DESIGN)
- INNOVATION & RESEARCH AREAS
- INNOVATION & RESEARCH AREAS
- INNOVATION & RESEARCH AREAS

DATA: 21.02.2017 07:58:00 08:00



~~Assinatura do Cirurg~~

SABEMISSEGURADORAS/A  
03 SET 2011

Rodrigo Mota

- Ofereço trabalho prático dos Testes, -  
peço fotos anteriores dos  $\Theta$  e  $\Phi$   $\Theta$ ,  
enviando com reflexos das faces do  $\Theta$   
com reflexos frontais. Me particularizo  
exercer mais trabalho de sestofagia.

(Felicidade Mota)

(569, 566, 562, 592)

Enviado: 17/06/2014

  
Dr. Leopoldo Soárez  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-SE 183

Matriz: Rua Siqueira de Menezes, 402  
Fone/Fax: (79) 3263-2010  
Capeia/SE - CEP 49700-000

Filial I: Calçadão da Getúlio Vargas, 151 - Centro  
Fone/Fax: (79) 3272-1512  
Japaratinga/SE - CEP 49960-000

Filial II: Av. L - nº 07  
Fone/Fax: (79) 3254-2825  
Conj. João Alves Filho - Socorro/SE  
CEP: 49160-000

Filial III: Rua General Siqueira, 81  
Fone/Fax: (79) 3275-1819  
Maruim/SE - CEP 49770-000

Filial IV: Rua Lagarto, 1769 - São José  
Fone/Fax: (79) 3023-4486 / 3023-4742  
Aracaju/SE - CEP 49015-270

E-mail: labclin.laboratorio@bol.com.br

## Cartório do 1º Ofício

Autentico esta cópia como  
reprodução fiel do original apresentado  
Capela-SE, 19 de 08 de 2014

Jilton Santos Mota  
Tabelião Substituto



SABEM SÉGURO(DRAS/A  
03 SET 2014  
RIO DE JANEIRO, RJ



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Erivaldo Lúcio dos Santos

DATA DA ENTRADA: 02/02/2014

DATA DA SAÍDA: 06/02/2014

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA (✓) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

ACCOIDE METACARPO-ESQUELÉTICO COM DOR EM MÃO ESQUERDA E PÉ ESQUERDO. FERIMENTO CORTICORTUSO EM PÉ ESQUERDO. CGM. DIAGNÓSTICO DE FRATURAS EM MÃO ESQUERDA E PÉ ESQUERDO. INTERFALO REALIZADO. TRATAMENTO CIRÚRGICO E TFER ACTA FME.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido em 04.02.14 a tratamento cirúrgico das fraturas do pé esquerdo e mão esquerda sob anestesia geral e bloqueio doplex braquial.

### EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS DE MÃO ESQUERDA, PÉ ESQUERDO

### MÉDICOS ASSISTENTES:

DR FERNANDA MESSALITA DE R. CASTRO. DR ORLANDO FERREIRA ALVES. DR PAULO SÉRGIO O. LIMA. DR THIAGO F. FASCEMETTO. DR JOÃO FERREIRA. DR MARCOS FERREIRA SANTIAGO (ANESTESISTA)

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

ARACAJU, 18 de JULHO de 2014

Izac Souza de Mendonça

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Izac Souza de Mendonça

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário. Análise de Prontuário / SAME / HU/SE  
CRM / SE 1518

Izac Souza de Mendonça  
Análise de Prontuário / SAME / HU/SE  
CRM / SE 1518  
SABEMISSEGURADORAS  
03 SET 2014  
RIO DE JANEIRO



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026

POLÍCIA ON-LINE



## DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARMÓPOLIS

RUA ALVARO TELES DE BOMFIM CEP 49740000, CENTRO FONE: (03277) 1164

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2014/06538.0-000531

## DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARMÓPOLIS

Endereço: RUA ALVARO TELES DE BOMFIM CEP 49740000, CENTRO FONE: (03277) 1164

## FATO

Data e Hora do Fato: 02/02/2014 - 18:30 até 02/02/2014 - 18:30

Endereço: PRAÇA POETA JOSÉ SAMPIO Número: S/Nº Complemento: ANTIGO TÉRMINAL RODOVIÁRIO CEP: 49740-000

Bairro: Centro Cidade: CARMOPOLIS - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CARMÓPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Melo Empregado: NENHUM

## VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Nome do pai: FRANCISCO LUCIO MACHADO Nome da mãe: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 045.835.714-61 RG: 2000004015880 UF: AL Órgão expedidor: SSP-AL

Naturalidade: SAO SEBASTIAO Data de nascimento: 05/06/1982 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: Mototáxi Estado civil: Casado Grau de Instrução: 1º Grau Completo

Endereço: Número: s/n Complemento:

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

Proximidades: Telefone: (79) 9810-0622

## HISTÓRICO

INFORMA O NOTICIANTE QUE NO DIA ENDEREÇO E HORÁRIO ACIMA ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 SPORT, PLACA POLICIAL IAB-1863/SE, DE COR PRETA, ANO E FAB 2006, CHASSI Nº 9C2KC08606R801960, QUANDO UM OUTRO VEÍCULO, FEZ UMA ULTRAPASSAGEM; QUE O NOTICIANTE, TEVE QUE DESVIAR DO OUTRO VEÍCULO, CHEGANDO O NOTICIANTE, PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO A DERRAPAR CAINDO SOBRE O MEIO FIO; QUE O NOTICIANTE, TEVE FRATURAS NA MÃO E PÉ ESQUERDO, COMO MOSTRA OS RELATÓRIOS MÉDICO EM ANEXO.

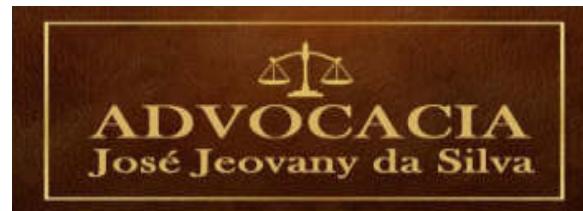
Data e hora da comunicação: 20/08/2014 às 13:09

Última Alteração: 20/08/2014 às 13:09

ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
Responsável pela comunicação

Gicélia Santos  
Responsável pelo preenchimento

03 SET 2014  
RIO DE JANEIRO - RJ



---

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA  
COMARCA DE CAPELA - SERGIPE**

**ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**, brasileiro, casado, mototaxi, portador do RG nº 2000004015880 SSP/AL e CPF nº 045.835.714-61, residente e domiciliado no Conj. Hab. Manoel Messias Sukita Santos, S/N, Q-B, Lote 1, Centro, Capela/SE, CEP 49.700-000, por meio de seu advogado que esta subscreve (**procuração anexa**), vem à presença de Vossa Excelência, com fulcro no artigo 282 do CPC, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DAS DIFERENÇAS DE SEGURO OBRIGATÓRIO  
DPVAT**

em face da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., pessoa jurídica de direito privado, inscrita sob o CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, nº 74, 5º Andar, Bairro Centro, CEP nº 20.031-205, Rio de Janeiro-RJ, por razões de fato e de direito a seguir delineados:

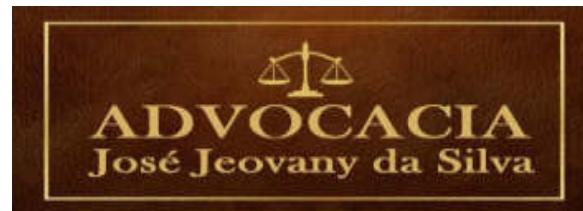
**DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**

Inicialmente, afirma o Autor que, para os fins previstos no artigo 4º da Lei 1060/50, com redação dada pela lei 7510/86, não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família, pelo que requer os benefícios da gratuidade de justiça.

**DOS FATOS**

No dia 02 de Fevereiro de 2014, o Requerente conduzia o veículo motocicleta, marca/modelo HONDA/CG 150 SPORT, ano 2006/2006, cor preta, placa IAB-1863,





---

CHASSI 9C2KC08606R801960, Itaporanga D'Ajuda/SE, quando um outro veículo, fez uma ultrapassagem, que o Requerente teve que desviar do outro veículo, chegando o Requerente a perder o controle da motocicleta, derrapando e caindo abruptamente sobre o meio fio, conforme registro policial de ocorrência anexo.

Destarte, o Requerente sofreu fraturas múltiplas em mão esquerda e pé esquerdo em virtude deste acidente, donde o Requerente necessitou e foi submetido a tratamento médico cirúrgico e ambulatorial (com uso de medicamentos), o que se pode constatar no relatório médico anexo.

Assim, necessitando sobremaneira de recursos financeiros para custear seu tratamento médico por conta das lesões sofridas no sinistro, bem como para garantir sua subsistência, o Requerente fez a requisição administrativa do benefício do Seguro DPVAT junto à Seguradora Líder.

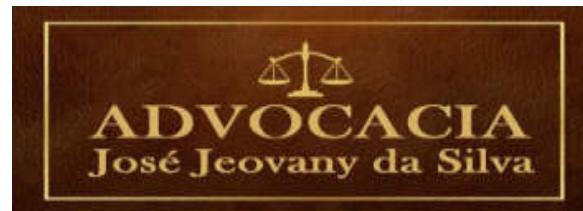
Contudo, apesar de o Requerente ter enviado a documentação necessária (boletim de ocorrência, prontuário médico hospitalar público, declarações médicas e outros), a seguradora realizou pagamento concernente à indenização por invalidez do seguro DPVAT apenas no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), em 14 de Outubro de 2014, valor este que é inferior ao percentual devido, por ser desproporcional à lesão sofrida, conforme será demonstrado pelos documentos anexos e pelo exame pericial.

Portanto, não restou outra alternativa ao Requerente, senão recorrer ao Judiciário para garantir uma indenização justa e compatível com o grau da lesão corporal por ele sofrida no sinistro em comento.

## **DO DIREITO**

O DPVAT se trata de um seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, constitui direito das vítimas de acidentes de trânsito, que se dá mediante o pagamento de





---

indenização pelos danos sofridos, necessitando para tal que se prove a existência do acidente e o dano decorrente. É o que se extrai do artigo 5º, caput, da Lei 6.194/74:

**Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. (Grifou-se).

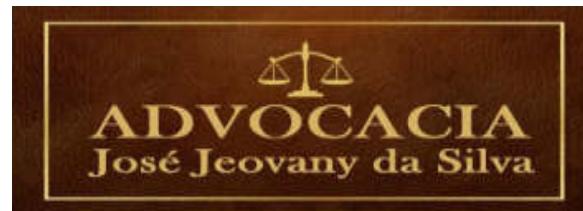
Nesta linha de raciocínio, **há que se esclarecer que não se discute, nesta lide, o direito à indenização por invalidez, haja vista que já foi reconhecido o direito do Requerente e deferida tal indenização pela Requerida, a discussão restringe-se portanto ao valor devido**, pois que a seguradora apenas pagou o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), em 14 de Outubro de 2014, conforme documento anexo.

Portanto, não há que se falar em quitação da obrigação por parte da Requerida na seara administrativa, pois o quê o Requerente busca é receber justamente o valor que comprehende inadimplido, pugnando tal valor por meio da tutela jurisdicional ora pleiteada através desta ação. **Dessa forma, o Requerente demonstra total interesse de agir no presente feito**, inclusive há entendimento já pacificado pela Corte de Justiça do Estado de Sergipe neste sentido, *in verbis*:

**APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DA DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). SENTENÇA DE PARCIAL PROCEDÊNCIA. APELO DAS SEGURADORAS. I - Preliminares. Falta de Interesse de Agir. O recibo de quitação administrativa não inviabiliza reclamação de quantia adicional judicialmente. Doutrina e jurisprudência afastam o exaurimento da via administrativa como requisito de acesso ao Judiciário, dando eficácia ao direito fundamental de ação e ao princípio do amplo acesso à Justiça. Alegação de necessidade de perícia. Insubsistente. Prova já colhida. Laudo pericial encartado aos autos. Preliminares rejeitadas. (...) III - Recurso conhecido e parcialmente provido APELAÇÃO CÍVEL Nº 11181/2012, 10ª VARA CÍVEL, Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe, GILSON FELIX DOS SANTOS, JUIZ(A) CONVOCADO(A), Julgado em 19/02/2013. (Grifou-se).**

Vale salientar ainda, que com a inicial o Requerente anexa toda a documentação necessária a propositura da presente demanda, tais como: boletim de ocorrência, prontuário médico hospitalar público, declarações médicas e outros. Pois que, a





---

jurisprudência mais abalizada que segue essa mesma trilha dispensa a apresentação de qualquer outro documento além dos já citados, examine:

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA - DPVAT - LAUDO DO IML - AUSÊNCIA - DESNECESSIDADE A TITULO DE PROPOSITURA INICIAL - POSSIBILIDADE COMPROVAÇÃO NO CURSO DO PROCESSO - CONCESSÃO PRAZO PARA APRESENTAÇÃO - INERCIA - IMPROCEDÊNCIA. - **Tendo a parte juntado aos autos prova do acidente, bem como das lesões causadas por ele, é desnecessária a juntada do laudo do IML, diante da possibilidade de produção de prova pericial durante a instrução do feito.** (...). TJ-MG - Apelação Cível AC 10126130003182001 MG (TJ-MG) Data de publicação: 23/02/2015. (Grifou-se).

AGRAVO DE INSTRUMENTO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGUROS. DPVAT. REALIZAÇÃO DE PROVA PERICIAL. GRAU DE INVALIDEZ. NECESSIDADE. SUMULA 474 DO STJ. DEFERIMENTO DA AJG PARA FINS RECURSAIS. (...). 3. **É dispensável a apresentação de laudo médico pericial com a petição inicial, eis que a prova da invalidez permanente e seu respectivo grau poderá ser realizada em sede judicial, conforme requerido pela agravante.** Ademais, a autora juntou atestados médicos particulares, além do boletim de ocorrência do sinistro, documentos bastantes ao ajuizamento da ação. RECURSO PROVIDO, EM DECISÃO MONOCRÁTICA. (Agravo de Instrumento Nº 70049792591, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 05/07/2012). (Grifou-se).

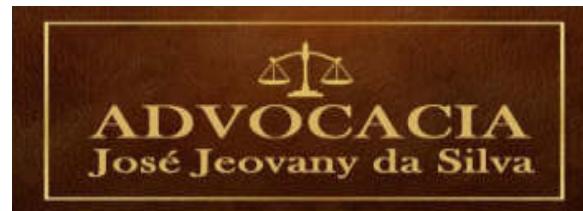
Assim, segundo a disposição contida no artigo 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, expressa nitidamente que quando os danos pessoais cobertos pelo seguro, causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, causarem invalidez, a indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Veja:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta lei, compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:  
(...)  
**II- até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente.**  
(...) (Grifou-se).

Frise-se que, os incisos I e II, §1º do artigo em comento (artigo 3º, da Lei nº 6.194/74), determinam o enquadramento da invalidez segundo a tabela disposta neste mesmo diploma legal, sendo assim, nos casos de invalidez total ou invalidez permanente parcial completa a indenização deve corresponder ao percentual máximo





---

estabelecido, e nos casos de invalidez permanente parcial incompleta os percentuais da indenização podem variar porém obedecendo aos percentuais previstos neste. Observe:

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: *(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).*

**I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa**, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, **correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura**; e *(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).*

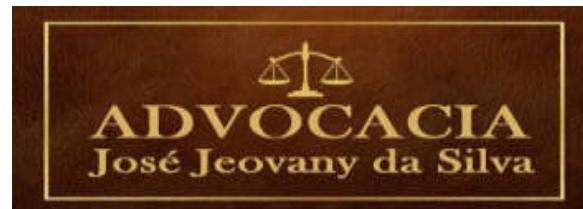
**II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta**, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução **proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão**, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. *(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009). (...) (Grifou-se).*

Mesmo assim, no presente caso o Requerente ao pleitear o benefício, foi surpreendido com o pagamento de um valor claramente inferior ao que deveria receber, tendo em vista o desrespeito da seguradora ao enquadramento estabelecido na lei que garante o pagamento de percentual determinado.

Sendo costumeiro as seguradoras pagarem um valor inferior ao do seguro obrigatório fixado em lei, geralmente sob a justificativa de que fazem a fixação do valor com base na Resolução da SUSEP, o que não se pode conceber. Pois, desta forma, as seguradoras infringem a lei, lesando os beneficiários do seguro, logo os Tribunais já tem se posicionado quanto a possibilidade de se exigir a diferença:

**EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL- Complementação do pagamento do Seguro DPVAT- Acidente ocorrido em março de 2008, antes da edição da Medida Provisória 451/2008- Possibilidade de pagamento proporcional ao grau de invalidez constatado- Necessidade de realização de perícia pelo IML para aferir a extensão das lesões sofridas pela vítima- inteligência do**





---

art. 3º da Lei nº 8.441/92- Precedentes do STJ- Preliminar de nulidade da sentença acolhida- Ausência de formalidade legal prevista- Recurso conhecido e provido- Retorno dos autos ao Juízo de origem para fins de realização de exame de aferição de grau de invalidez pelo IML. TJ-SE - INTEIRO TEOR. APELAÇÃO CÍVEL AC 2012202671 SE (TJSE) DATA DE PUBLICAÇÃO: 12/06/2012. (Grifou-se).

EMENTA: CIVIL E PROCESSUAL. **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO.** DPVAT. NATUREZA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL. PRESCRIÇÃO. ART. 206, §3º, ix, DO CÓDIGO CIVIL. “**O valor do seguro obrigatório deve ser deduzido da indenização judicialmente fixada**” Súmula n. 256- STJ. “O DPVAT tem natureza de seguro obrigatório de responsabilidade civil. A ação de cobrança de seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em 3 (três) anos” Súmula n. 405- STJ. STJ- RECURSO ESPECIAL 1170587 PR 2009/0236573-1 DATA DE PUBLICAÇÃO: 18/05/2010. (Grifou-se).

Desses, também extrai-se que se trata de entendimento pacificado no Superior Tribunal de Justiça, de que para a real constatação da invalidez é indispensável a realização de perícia para demonstrar a intensidade da incapacidade da parte autora. Do quê, com base na Súmula 474 do STJ, deverá ser paga a indenização de acordo com o grau da lesão e, para tanto, deve ser realizado exame pericial para auferir-se o grau.

Atente:

**Súmula 474 do STJ- A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será proporcional ao grau de invalidez.** (Grifou-se).

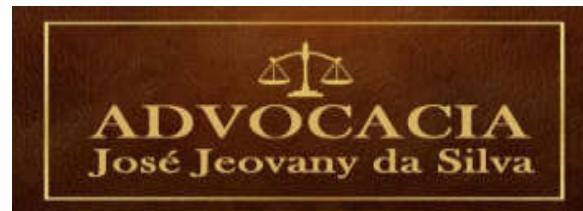
Sendo assim, para a fixação do *quantum* indenizatório deverá ser levado em consideração o grau da invalidez do Autor, o qual será constatado por meio de exame pericial, tendo em vista a incoerência da Seguradora no pagamento do seguro obrigatório.

## DOS PEDIDOS

Por todo o exposto, diante da plausibilidade do direito invocado e das razões de fato evidenciadas, passa o Requerente a formular os seguintes pedidos:

- a) **A concessão da Justiça Gratuita**, em virtude do Requerente não apresentar condições de custear o processo sem prejuízo do próprio sustento, conforme declaração anexa;





- 
- b) A **citação da Requerida** para, querendo, apresentar resposta, sob pena de se presumirem verdadeiros os fatos acima descritos;
  - c) A **designação de perito**, a fim de que por laudo pericial seja verificado o grau de invalidez do Requerente e, por consequente, a determinação do *quantum* indenizatório proporcional à lesão, **segue anexo os quesitos para realização da perícia**;
  - d) Que ao final, seja a **presente ação julgada totalmente procedente, condenado a Requerida ao pagamento da complementação do seguro DPVAT pertinente, auferido a partir da análise do laudo pericial e demais documentos acostados aos autos**;
  - e) A condenação da Requerida também ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, estes no percentual de 20% sobre o valor da condenação, além dos juros admitidos.

Protesta provar o alegado por todos os meios permitidos em direito, em especial, por juntada de documentos, laudo médico e oitiva de testemunhas, além de demais meios que se fizerem necessários.

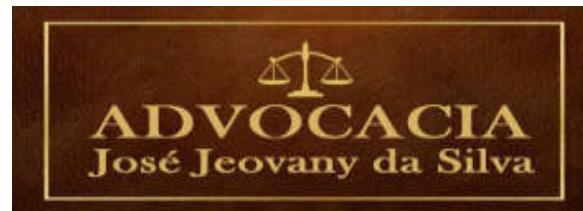
Dá-se a causa o valor de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais) para fins de alçada.

Nestes termos, pede deferimento.

Nossa Senhora da Glória/SE, 17 de Novembro de 2015.

**José Jeovany da Silva**  
OAB/AL 12.367 OAB/SE 889-A





---

## ANEXO I

### QUESITOS PARA PERÍCIA

Informe o Sr. Perito:

1. Qual a parte do corpo afetada pelo acidente?
2. Qual a lesão sofrida?
3. Houve perda anatômica e/ou funcional?
4. Sendo positiva a resposta do item “3”, qual o grau da perda anatômica e/ou funcional em uma escala de 10%, 25%, 50% ou 100%?
5. Está correta a quantia paga administrativamente?
6. Sendo negativa a resposta ao item “5”, qual seria o correto valor da indenização?



## RELATÓRIO

O(a) paciente Enyolito Belo da Cunha,  
foi atendido(a) nesta unidade, HUSE, com, fratura 2/3 da fibula  
Mais + fer, CID 831, tendo sido submetido à tratamento cirúrgico com \_\_\_,  
devendo ficar afastado de suas atividades por tempo determinado.

Aracaju 06 de 01 de 14

Dr. Antônio Franco Cabral  
CRM 880  
Ortopedia e Traumatologia

Antônio Franco Cabral  
Médico



## RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: ERIVALDO LUCAS DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 02/02/2014

DATA DA SAÍDA: 06/02/2014

INTERNAMENTO: PS ( ) ENFERMARIA (X) UTI ( )

### HISTÓRICO CLÍNICO:

ACIDENTE motoriçístico com dor em M<sup>A</sup>IS ESQUERDA e P<sup>E</sup> ESQUERDO. FRAGMENTO CORTICOARTICULAR EM P<sup>E</sup> ESQUERDO. C<sup>A</sup>STROSTÓTICO DE FRATURAS EM M<sup>A</sup>IS ESQUERDA e P<sup>E</sup> ESQUERDO. INTERVADO REACIZAR TRATAMENTO CIRÚRGICO E FEZ ACTA FRA.

### HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi submetido em 04/02/14 a tratamento cirúrgico das fraturas do M<sup>A</sup>IS ESQUERDA e M<sup>A</sup>IS ESQUERDA sob anestesia geral e bloqueio do plexo braquial.

### EXAMES COMPLEMENTARES:

RADIOGRAFIAS CP: M<sup>A</sup>IS ESQUERDA, P<sup>E</sup> ESQUERDO

### MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Fernanda Mesquita de R. Castro, Dr. Orlando Ferreira Alves, Dr. Paulo Sérgio O. Nunes, Dr. Thiago F. Nascimento, Dr. João Ferreira, Dra. Marília Ferreira Santiago (anestesista)

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

ARACAJU, 18 de JULHO de 2014

Izac Souza de Mendonça  
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário. Análise de Prontuário / SAME / HUSC  
CRM / SE / 1512

Izac Souza de Mendonça  
Análise de Prontuário / SAME / HUSC  
CRM / SE / 1512

- Relatório Móbil

- O paciente trabalha na fábrica dos Santos, -  
peça em suas entidades em Mato Grosso e Piauí (E),  
conforme seu Relatório das fábricas do Mato  
Grosso e Piauí. Mato Grosso  
fazem suas estruturas de beneficios.  
(Fábrica Maria Menezes)

(569, 566, 562, 592)

Matriz: Rua Siqueira de Menezes, 402  
Fone/Fax: (79) 3263-2010  
Capela/SE - CEP 49700-000

Filial I: Calçadão da Getúlio Vargas, 151 - Centro  
Fone/Fax: (79) 3272-1512  
Japaratuba/SE - CEP 49960-000

Filial II: Av. L - nº 07  
Fone/Fax: (79) 3254-2825  
Centro, João Alves Filho - Socorro/SE  
CEP: 49160-000

Filial III: Rua General Siqueira, 81  
Fone/Fax: (79) 3275-1819  
Maruim/SE - CEP 49770-000

Filial IV: Rua Lagarto, 1769 - São José  
Fone/Fax: (79) 3023-4486 / 3023-4742  
Aracaju/SE - CEP 49015-270

E-mail: labclin.laboratorio@bol.com.br

## Cartório do 1º Ofício

Autentico esta cópia como  
reprodução fiel do original apresentado  
Capela-SE, 19 de 08 de 2014

Jilton Santos Mota  
Tabelião Substituto



[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)

# Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fraude é crime Denuncie aqui](#)
- [SAC 0800 0221204](#)
- [Auto Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

## Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.**

[nova consulta](#)

### SINISTRO 2014768670 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A**BENEFICIÁRIO** ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 04583571461**Posição em 03-10-2015 12:46:45**

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenizacao</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
--------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------

14/10/2014	R\$ 8.775,00	R\$ 0,00	R\$ 8.775,00
------------	--------------	----------	--------------

Acessibilidade

[Tradução em Libras](#)[Leitura de Páginas](#)[Atalhos de teclado](#)[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: Enivaldo Lucio dos Santos, brasileiro  
casado, mototaxi, inscrito no RG sob N. 200000  
4015880 55P/AL e no CPF sob N. 045 835.714-  
61 Residente e domiciliado no Conj. Hyl. Mirmall  
Márua, Jukka, Santos, S/N, Q-B Lote 1, Centro,  
Capela SE, CEP: 49.700-000.

Declara, nos termos da Lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, desejando obter os benefícios da “Justiça Gratuita”, que se encontra em estado de vulnerabilidade econômica e não possui recursos suficientes para custear demandas judiciais, sem prejuízo da manutenção da sua família e suas atividades.

Por ser verdade, firmo.

Nossa Glória/SE 02 de Outubro de 2015

Enivaldo Lucio dos Santos  
Assinatura



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CAPELA - SE

Processo n.º 201562002263

CAPELA

**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031205, na qualidade de gestora dos **CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT – Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre**, firmados consoante determinação do Conselho Nacional de Seguros Privados, conforme se observa dos atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**, já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A parte autora, por livre e espontânea vontade, realizou Avaliação Médica para fins de Conciliação, consoante laudo anexo, sendo apurada indenização a pagar, descontando-se o valor já indenizado administrativamente.

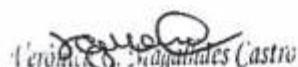
A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinqüenta reais) para a liquidação do leito, acrescido da importância de R\$ 405,00 (quatrocentos e cinco reais) referentes ao pagamento de honorários de sucumbência, totalizando a quantia de R\$ 4.455,00 (quatro mil, quatrocentos e cinqüenta e cinco reais).

O pagamento será efetuado mediante depósito judicial em até 20 (vinte) dias úteis a contar da homologação do presente acordo pelo juízo.

Outrossim, cabe esclarecer que eventuais custas processuais serão de responsabilidade da parte Ré.

Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será cobrado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto ao objeto da ação da vítima Erivaldo Lucio dos Santos, inscrita no CPF sob o n.º 045.835.714-61 de modo que dá, neste ato, plena,

  
Verônica Magalhães Castro  
Advogada  
OAB/SE 4.168



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 423917 - AGF DESEMBARGADOR MAYNARD  
ARACAJU - SE  
CNPJ. ....: 06009958000120 Ins Est.: 271380225

COMPROVANTE DO CLIENTE

Movimento.: 23/02/2016 Hora.....: 18:10:40  
Caixa.....: 72470414 Matricula.: 6640\*\*\*\*\*  
Lancamento.: 016 Atendimento: 00013  
Modalidade.: A Vista

DESCRICAO	QTD.	PRECO(R\$)
SERVICO PROTOCOLO P	1	17,30*
Valor do Porte(R\$) .: 17,30		
Cap Destino: 49700-000 (SE)		
Peso real (KG).....: 0,047		
Peso Tarifado:.....: 0,047		
OBJETO.....: DJ0371://270BR		
N Processo: ..... 201562002263		
Orgao Destino: ..... ,50		

Valor Declarado nao solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor, faça seguro,  
declarando o valor do objeto.

VALOR EM DINHEIRO(R\$):	17,30
VALOR RECEBIDO(R\$)=>	17,30

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

CAC - Capitais e Regiões Metrop. 30030100  
Demais Localidades: 08007257282 Sugestões e  
Reclamações: 08007250100 - [www.correios.com.br](http://www.correios.com.br)

VIA-CLIENTE SARA 7,3,03

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CAPELA - SE**

**Processo n.º 201562002263**

**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.,** CNPJ 09.248.608/0001-04, situada na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031205, na qualidade de gestora dos **CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT – Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre**, firmados consoante determinação do Conselho Nacional de Seguros Privados, conforme se observa dos atos constitutivos e instrumentos procuratórios anexos, e **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**, já qualificado nos autos da Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT, em trâmite neste juízo, vem, por seus advogados abaixo-assinados, expor, para ao final requerer o que segue.

As partes, visando pôr fim ao litígio, resolveram, mediante concessão mútua, celebrar acordo, na forma do art. 840 c/c art. 849 do Código Civil, transacionando conforme as seguintes cláusulas e condições.

A parte autora, por livre e espontânea vontade, realizou Avaliação Médica para fins de Conciliação, consoante laudo anexo, sendo apurada indenização a pagar, descontando-se o valor já indenizado administrativamente.

A Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, como gestora dos Consórcios DPVAT, pagará à parte Autora a importância de **R\$ 4.050,00 (quatro mil e cinquenta reais)** para a liquidação do feito, acrescido da importância de **R\$ 405,00 (quatrocentos e cinco reais)** referentes ao pagamento de honorários de sucumbência, totalizando a quantia de **R\$ 4.455,00 (quatro mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais)**.

O pagamento será efetuado mediante depósito judicial em até 20 (vinte) dias úteis a contar da homologação do presente acordo pelo juízo.

Outrossim, cabe esclarecer que eventuais custas processuais serão de responsabilidade da parte Ré.

Insta ressaltar que a transação ora celebrada não implica em reconhecimento do direito pretendido pela parte autora.

Com o pagamento da quantia acordada e acima referida, a parte Autora concorda que nada mais será cobrado, judicial ou administrativamente em face da parte Ré e de todas as Seguradoras Consorciadas, ora representadas pela Seguradora Líder DPVAT, quanto ao objeto da ação da vítima Erivaldo Lucio dos Santos, inscrita no CPF sob o n.º 045.835.714-61 de modo que dá, neste ato, plena,

111

irrestrita e irrevogável quitação, relativamente a todos e quaisquer direitos, oriundos do acidente de trânsito ocorrido em 02/02/2014 nos termos do Boletim de Ocorrência nº 2014/06538.0-000531, para nada mais reclamar em Juízo, ou fora dele, seja a que título for.

Declararam as partes que o presente acordo é fruto de sua livre manifestação de vontade, não havendo vício algum, de qualquer ordem, sobre os termos acima dispostos e desistem, de imediato, do prazo recursal.

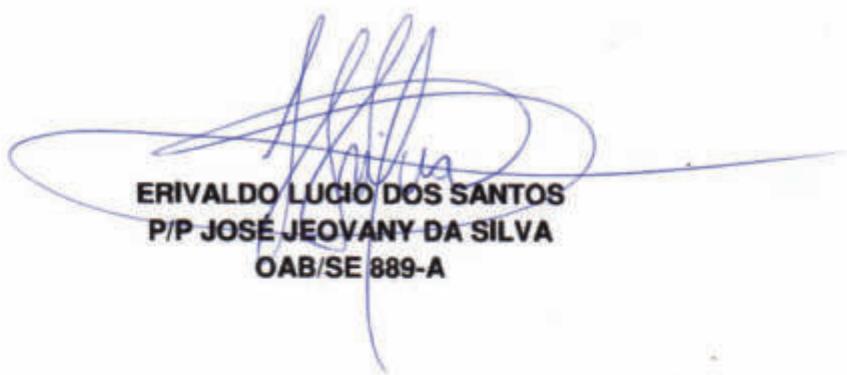
As partes requerem, ante todo o exposto, a **homologação** do presente acordo, com a expedição de **alvará** para o imediato levantamento da quantia depositada a título de transação, independente de nova manifestação, e, bem como, pela **extinção do processo com resolução de mérito, nos termos do artigo 269, III do Código de Processo Civil e sua consequente remessa ao arquivo geral do TJ/SE.**

Nestes Termos,  
P. Deferimento.  
Capela, 04 de fevereiro de 2016.



RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA  
OAB/BA 43.925  
OAB/MA 13.569-A  
OAB/SE 918-A

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.



ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS  
P/P JOSÉ JEOVANY DA SILVA  
OAB/SE 889-A

# AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

[Art. 31º da Lei 11.945 de 04/08/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974]

## Informações da Vítima

Nome completo: Erivaldo Lucio dos Santos  
CPF: 045.835.714-61  
Endereço completo: CONJUNTO MANOEL SUKUITA QUADRA C Nº 7 CAPELA SERGIPE

## Informações do Acidente

Local: CARMÓPOLIS - SERGIPE  
Data do acidente: 02/02/2014

## Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação prévia em razão do processo judicial nº 0002244-59.2015.8.25.0015, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na vara Cível ou JEC da Comarca de Capela-SE.

Declaro, ainda, que estou ciente de que nada pagarei para realização desta avaliação e de que, caso eu e a entidade demandada não chegemos a um acordo, o processo judicial que propus para recebimento da indenização DPVAT prosseguirá normalmente.

Aracaju - SE, 20 de janeiro de 2016

local e data

Erivaldo Lucio dos Santos  
assinatura da vítima

## Avaliação Médica

I. Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

Sim  Não  Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s):

**MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO - FRATURA DO 2º, 3º, 4º E 5º METACARPO COM LESÃO DOS LIGAMENTOS À ESQUERDA.**

**MEMBRO INFERIOR ESQUERDO - FRATURA DO 1º METATARSO À ESQUERDA.**

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

**PERICIANDO VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 02/02/2014 E RECEBEU ALTA NO DIA 06/02/2014. O QUADRO FOI TRATADO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA DAS FRATURAS DOS METACARPOS E REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DO 1º METATARSO COM FIOS DE KIRSCHNER, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.**

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

Sim  Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a)  disfunções apenas temporárias

b)  dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+4), TÔNUS**

PRESERVADO, CALO ÓSSEO DE GRANDE VOLUME NO 4º E 5º METACARPO, PRESENÇA DE DOR, EDEMA E RIGIDEZ DAS ARTICULAÇÕES METACARPO FALANGIANAS DO 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS, PERDA DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º, 3º, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS.

O PERICIADO PERDEU A CAPACIDADE DE SEGURAR OBJETOS COM A MÃO ESQUERDA.

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/4+), COM APOIO DE MULETA, FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA (++/4+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO 1º METATARSO, DOR, EDEMA DE MODERADO VOLUME E BLOQUEIO NO PÉ ESQUERDO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

CONCLUSÃO:

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DA MÃO ESQUERDA.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO PÉ ESQUERDO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessária exame complementar?

( ) Sim, em que prazo:

(X) Não

*Em caso de enquadramento na opção 'a' do item IV ou da resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.*

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais suscetível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido: MÃO ESQUERDA E PÉ ESQUERDO

a) ( ) Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a Integra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

b) (X) Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima)

Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1) (X) Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima)

PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DA MÃO ESQUERDA.

b.2) (X) Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico Marque aqui o percentual

1ª Lesão

Pé - Lado Esquerdo

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve (X) 50% Média ( ) 75% Intensa

2ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

3ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

4ª Lesão

( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Aracaju - SE, 20 de janeiro de 2016

Assinatura do médico - CRM

*Manoel Otávio Nascimento Júnior*

Manoel Otávio Nascimento Júnior  
Clínica e Auditório Médico  
CRM: 1627





Gerada em  
27/04/2016  
07:50:00

**Tribunal de Justiça do Estado de Sergipe****Capela  
Rodovia Manoel Dantas, S/Nº - Centro****SENTENÇA****Dados do Processo**

<b>Número</b> 201562002263	<b>Classe</b> Procedimento Comum	<b>Competência</b> CAPELA	<b>Ofício</b> Único
<b>Guia Inicial</b> 201510701808	<b>Situação</b> JULGADO	<b>Distribuído Em:</b> 27/11/2015	<b>Local do Registro</b> CAPELA
<b>Julgamento</b> 18/03/2016		<b>Caixa</b> 0810/2016	

**Dados da Parte**

Autor	ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS	Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA - 12367/AL
Réu	SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT	Advogado(a): RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA - 918-A/SE

**Processo nº 201562002263****Requerente: Erivaldo Lucio dos Santos****Requerido: Seguradora Líder****S E N T E N Ç A**

Tendo em vista o petíório colacionado às fls. 52/53, homologo por sentença o acordo formulado entre as partes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, e, por conseguinte, declaro extinto o processo, com resolução de mérito, nos termos do art. 269, III, do Código de Processo Civil.

Custas pelo requerido.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Após o trânsito em julgado, arquive-se.

Capela/Se, 14 de março de 2016

**Lívia Santos Ribeiro**

**Juíza de Direito**

**Livia Santos Ribeiro**

Juiz(a) de Direito

VALENÇA  
ADVOGADOS

FORTALEZA | JOSÉ FERREIRA | RECIFE | RIO DE JANEIRO | SALVADOR | SÃO PAULO | SÃO PAULO

SALVADOR | BA

Rua Frederico Simões, 125 | Caminho das Árvores  
11º andar | CEP: 41820-774  
Tel.: 55 (71) 3444.5454 | Fax: 3444.5450  
[www.valencaadvogados.com.br](http://www.valencaadvogados.com.br)

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE CAPELA -SE**

**CÓPIA**

**PROCESSO N°. : 201562002263**

**PARTE AUTORA : ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**

**PARTE RÉ : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, em que litiga com **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**, vêm, através dos seus advogados subscritores desta, com endereço profissional em Salvador/BA constante do timbre, onde deverão receber todas as comunicações 4.455,00 (quatro mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais), comprovando o pagamento do acordo.

**Posteriormente serão juntadas as custas finais.**

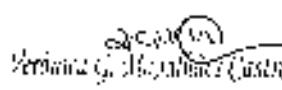
Primeiramente, importa solicitar que todas as comunicações processuais pertinentes, sejam vinculadas no nome do **Bel. RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA, OAB/BA 43925**, sob pena de nulidade processual insanável.

**Ato contínuo, requer a demandada o devido arquivamento do feito.**

**Nestes termos, pede-se deferimento.**

**Salvador/BA, 25 de abril de 2016.**

  
RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA  
OAB/BA 43.925  
OAB/MA 13.569-A  
OAB/SE 918-A

  
Fernanda G. Oliveira Castro  
Advogada  
OAB/SE 4.108

(b) Postulada opes Maratão 31m maio 89, an-

107M(A<sub>6</sub>)=====> 17738  
107M(A<sub>6</sub>)=====> 17739

Yular Doblareño nace 30/11/1970  
y es casado de objetos con Valori, Ross Segurra.

ORGANIZATION: N PROGRESSIVE  
ADDRESS: 20150/982225  
TELEPHONE: 35

CD) Postpaid appo. herbario 110 Post off. in

Passphrase: 0324887985700

Author do Porta (USP) - 17/03/2016

PRICED (U.S.) 17,384

Address/Location: 80878  
City: GARDEN CITY  
State: ID  
Zip/Postal Code: 83424  
Telephone: 208-78  
Fax: 208-78  
E-mail: 112504.6992@  
ID Telephone: 112504.6992@

171124 : 05/04/2016 Hora : 11:11:24

2740018225 1133

33 -

END DE CHAQUE 10 S E TELEGRAMS

NC

20 286 786 7-1

ES MARYN

**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE CAPELA -SE**

**PROCESSO Nº. : 201562002263**

**PARTE AUTORA : ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**

**PARTE RÉ : SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, devidamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, em que litiga com **ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS**, vêm, através dos seus advogados subscritores desta, com endereço profissional em Salvador/BA constante do timbre, onde deverão receber todas as comunicações 4.455,00 **(quatro mil, quatrocentos e cinquenta e cinco reais)**, comprovando o pagamento do acordo.

**Posteriormente serão juntadas as custas finais.**

Primeiramente, importa solicitar que todas as comunicações processuais pertinentes, sejam vinculadas no nome do **Bel. RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA, OAB/BA 43925**, sob pena de nulidade processual insanável.

Ato contínuo, requer a demandada o devido **arquivamento do feito**.

Nestes termos, pede-se deferimento.

Salvador/BA, 25 de abril de 2016.



RODRIGO AYRES MARTINS DE OLIVEIRA  
OAB/BA 43.925  
OAB/MA 13.569-A  
OAB/SE 918-A

2056889

51880-

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE  
GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL VIA BOLETO DE COBRANÇA

Autor: ERIVALDO LUCIO DOS SANTOS

Réu: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO

CAPELA - 1 VARA CIVEL

Processo: 201562002263 - ID 081030000001319176

Guia com nûm. Conta Judicial disponível no dia seguinte ao pgto em [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br)>Governo>Judiciário>Guia Dep.Judicial

ATENÇÃO! Observar o prazo definido pelo Juiz competente para efetivação do depósito.

CEDENTE : BANCO DO BRASIL S/A

RECEBO DE SACADO

Nome do Cedente	Data de Vencimento	Valor Cobrado
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO	Contra Apresentação	4.455,00
Agenzia / Código do Cedente 2234 / 99747159-X	Nossa Número 16107880057227591	Autenticação Mecânica

 BANCO DO BRASIL

001

00190.00009 01610.788000 57227.591187 2 00000000445500

Local de Pagamento: Até o vencimento, preferencialmente no Banco do Brasil Após o vencimento, somente no Banco do Brasil					Vencimento
					Contra Apresentação
Cedente: BANCO DO BRASIL S/A					Agenzia / Código do Cedente 2234 / 99747159-X
Data Documento 20/04/2016	N.º Documento 81030000001319176	Espécie Doc. ND	Ace. Nr. N	Data Processamento 20/04/2016	Nossa Número / Cod. Da Documento 16107880057227591
Usuário Banco:	Cartera 18	Espécie Moeda R\$	Quantidade Moeda	Valor Moeda	(+) Valor do Documento 4.455,00
Instruções: GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL, ID Nr. 081030000001319176 Comprovante c/ n.º Conta Judicial disponível no dia seguinte ao pgto, pelo site <a href="http://www.bb.com.br">www.bb.com.br</a> , opção Governo>Judiciário> Guia de Depósito Judicial>Comprovante Pagamento Depósito					(-/-) Desconto / Abatimento (-/-) Outras Deduções (+/-) Mora / Multa (+/-) Outros Acréscimos
Unidade Cedente: BANCO DO BRASIL S/A					(+/-) Valor Cobrado
Sacado	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO			CNPJ 09 248 608/0001-04	
	TRIBUNAL DE JUSTICA/SE - PROCESSO: 201562002263				
	CAPELA - 1 VARA CIVEL				
					Código de Barras
					Autenticação Mecânica
					<b>FICHA DE COMPENSAÇÃO</b>





**30**  
horas

### Comprovante de pagamento de boleto

#### Dados da conta debitada

Agência/conta: 8270/17574-1

CNPJ: 11.495.597/0001-09

Empresa: VALENCA SOCIEDADE DE  
ADVOGADOS

#### Dados do pagamento

<b>BANCO DO BRASIL</b>		
Beneficiário: <b>ERIVALDO LUCIO</b>	CPF/CNPJ do beneficiário:	Data de vencimento: <b>25/04/2016</b>
		Valor do boleto (R\$): <b>4.455,00</b>
		(-) Desconto (R\$): <b>0,00</b>
		(+)Mora/Multa (R\$): <b>0,00</b>
informações fornecidas pelo pagador:	(=) Valor do pagamento (R\$): <b>4.455,00</b>	Data de pagamento: <b>25/04/2016</b>
Autenticação mecânica: <b>E0267A79115C1211481E5092BC5C0DC77BA08226</b>		

Operação efetuada em 25/04/2016 às 14:07:52 via Sispag, CTRL 199517318000118.