

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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 8.775,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000015435-0

Nr. da Autenticação 8823E1C4B96EA4B5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637153 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: EXTENSO FERIMENTO EM ORELHA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

EXTENSO FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA COM PERDA DE TECIDUAL E FRATURA DO 50 METACARPO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO ORELHA DIREITA AUSENTE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA BASE DA ORELHA, PRESENÇA DE LÓBULO DA ORELHA.

GRANDE DEFORMIDADE NA MÃO EM VIRTUDE DA RETRAÇÃO CICATRICIAL E FIBROSE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS, EM VIRTUDE DA RETRAÇÃO CICATRICIAL E PERDA DOS TENDÕES, DEDOS EM FLEXÃO CONTINUA (MÃO EM GARRA).

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA) E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			65 %	R\$ 8.775,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637153 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/02/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 4º METACARPO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (LAUDO DO IML).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0399153/19

Vítima: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

CPF: 959.912.985-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/02/2019

Titular do CPF: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS : 959.912.985-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS
CPF: 959.912.985-72

JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637153

Vítima: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 8.775,00

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 auditiva total bilateral (surdez completa) 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

Recebedor: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Valor: R\$ 8.775,00

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 000000015435-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 959.912.985-72 Nome completo da vítima: Genilton Nascimento dos Santos

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

Nome completo: Genilton Nascimento dos Santos CPF: 959.912.985-72
Profissão: Autônomo Endereço: Rua Maria da Conceição Santos Número: 397 Complemento: conj. Parque dos
Bairro: Nova Senhora do Solano Cidade: SE Estado: SE CEP: 49.160-000
E-mail: _____ Tel (DDD): 79.996769421

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1045 CONTA: 013.000.154.35
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, ARACATU/SE 06-11-2019

Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genilton Nascimento dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

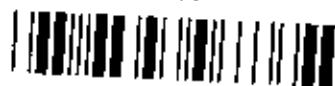
Número do Sinistro: 3190637153
Nome do(a) Examinado(a): Jenilton Nascimento dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria da Conceicao Santos, 397 Cs
Conjunto Parque dos Faróis Nossa Senhora do Socorro SE CEP: 49160-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1193286
Data local do acidente: [16/02/2019]
Data local do exame: [17/01/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
**EXTENSO FERIMENTO EM ORELHA DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.
EXTENSO FERIMENTO NO DORSO DA MÃO DIREITA COM PERDA DE TECIDUAL E FRATURA DO 5º METACARPO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DO PAVILHÃO AURICULAR DIREITO, DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS NO DORSO DA MÃO DIREITA, EM 2º TEMPO FOI REALIZADO ENXERTO DE PELE COM A REGIÃO DOADORA SENDO DA COXA DIREITA,
Complicações: DISTROFIA NA MÃO DIREITA
Data da Alta: 01/04/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO ORELHA DIREITA AUSENTE, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA BASE DA ORELHA, PRESENÇA DE LÓBULO DA ORELHA.
GRANDE DEFORMIDADE NA MÃO EM VIRTUDE DA RETRAÇÃO CICATRICIAL E FIBROSE, LIMITAÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DOS QUIRODÁCTILOS, EM VIRTUDE DA RETRAÇÃO CICATRICIAL E PERDA DOS TENDÕES, DEDOS EM FLEXÃO CONTINUA (MÃO EM GARRA).**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
**REDUÇÃO MODERADA DA AUDIÇÃO (FUNÇÃO) DO OUVIDO DIREITO.
DEFICIT IMPORTANTE DA FUNÇÃO DA MÃO DIREITA.**
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
AUDIÇÃO TOTAL BILATERAL (SURDEZ COMPLETA)
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|--|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
7ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048873/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 08/05/2019 12:45 Data/Hora Fim: 08/05/2019 13:04

Delegado de Polícia: Sérgio Ricardo Leite Barbosa

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 7ª Delegacia Metropolitana

Data/Hora do Fato: 16/02/2019 09:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora do Socorro (SE)

Bairro: Loteamento Parque

Logradouro: BR 101

Complemento: com frente a antiga empresa RedMix

CEP: 49.160-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)**Nome Civil: JEMILTON NASCIMENTO DOS SANTOS (COMUNICANTE)**

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AL - Penedo

Sexo: Masculino

Nasc: 26/03/1977

Profissão: Autônomo

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Linete Nascimento dos Santos

Nome do Pai: José Joaquim dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 959.912.985-77

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

Logradouro: RUA MARIA DA CONCEIÇÃO SANTOS

Nº: 397

Bairro: PARQUE DOS FAROIS

CEP: 49.160-000

Telefone: (79) 99676-9421 (Celular)

Nome Civil: JAKSON (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 36

Estado Civil: Sem Informação

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

Telefone: (79) 98872-7025 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
Placa OEM0142	Número do Motor CHEV/SPIN 1.8 L MT LT
Número do Chassi 9BGJC75Z0DB260803	Ano/Modelo Fabricação Não Informado/2013
Cor BRANCA	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Meio Empregado
Nome Envolvido	Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL

7ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 048873/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Jakson	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

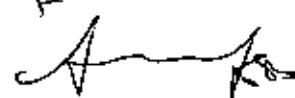
Relata o noticiante que pegou um carro lotação no Conjunto Parque dos Faróis/socorro/Se no dia 16/02/19 por volta das 09:00. Que o carro estava indo sentido Centro da Cidade de Aracaju/Se. Que nas proximidades do Posto Petrox da BR 101, com frente a antiga empresa RedMix/socorro/SE o carro capotou. Que o condutor era JACKSON e estava dirigindo numa velocidade de 80 a 100 km/h. Que o JACKSON perdeu o controle do volante e o carro capotou. Que o JACKSON estava na faixa esquerda e já passou para o encostamento. Que no encostamento tinha uma derrepagem, junto com a alta velocidade, o carro capotou. Que o noticiante teve fratura exposta na mão e perdeu os movimentos. Que perdeu a cartilagem da orelha direita. Que teve o joelho esquerdo amanhado. Que o noticiante veio prestar BO para dar entrada no Seguro DPVAT.

ASSINATURAS


Adriele Silva Santos
Responsável pelo Atendimento


Jemilton Nascimento dos Santos
(Comunicante)

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

A 16/02/19




PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19008454B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 644 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por CONRADO, mediante ID 3033, Polícia Rodoviária Federal, em 18/07/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/validar>, informando o protocolo 19008454B01 e o número de controle 000F02B6A1F092B7E5B8B7A455C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19008454B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 16/02/2019 Hora: 09:10 Município: NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE
BR: 235 KM: 4,0 Sentido: Decrescente
Policial responsável pelo atendimento: CONRADO, 1073033

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Marginal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Não	Canteiro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO
DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

SEGUNDO INFORMAÇÕES DO CONDUTOR DO VEÍCULO, SEGUIA O FLUXO NORMALMENTE QUANDO AO REALIZAR A MUDANÇA DE FAIXA DA ESQUERDA PARA A DIREITA, UM VEÍCULO EM SUA FRENTE DIMINUIU A VELOCIDADE E AO TENTAR DESVIAR DESSE DERRAPOU NA PISTA, PERDENDO CONTROLE, VINDO A COLIDIR NO MEIO FIO E CAPOTANDO EM SEGUIDA.



Documento assinado eletronicamente por CONRADO, matrícula 1073033, Polícia Rodoviária Federal, em 16/02/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Lei nº 8.159, de 8 de outubro de 2015 e na forma b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser confirmada no site <http://www.prf.gov.br/novobastautenticar>, informando o protocolo 19008454B01 e o número de controle 4800FC36AEFD9249285BA861A455C.

191

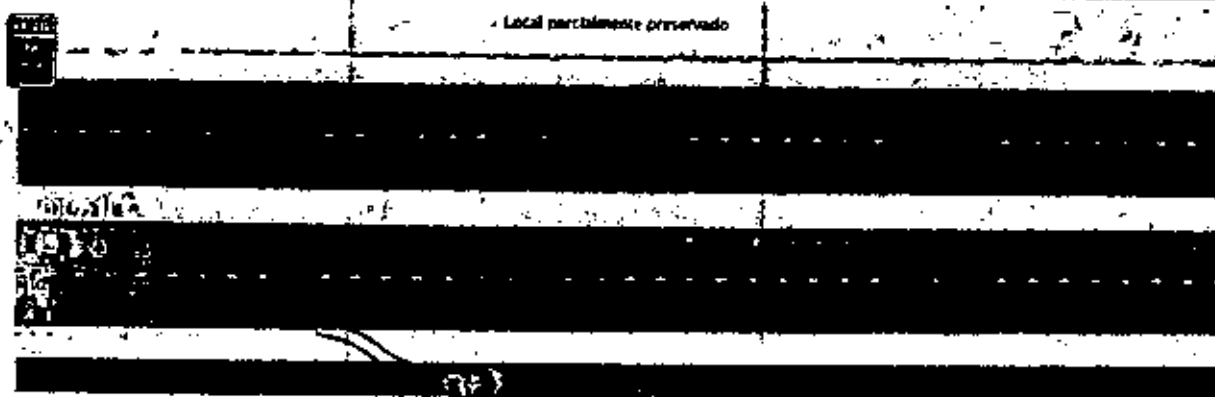


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
- POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19008454B01



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



ONSA SEMPRE DO SOCORRO

ARACAJU

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Capotamento	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Ocorrência	Solicitação	Comparecimento
--------------------	-------------	----------------

V1 - VEÍCULO 1 - OEM0142 - AUTOMÓVEL

V1 - Informações

Piaca: OEM0142 Marca/modelo: CHEV/SPIN 1.8L MT LTZ

Renavam: 00526011653

Ano fabricação: 2013 Chassi: 9BGJC75Z0DB260803

Tipo de veículo: Automóvel

Especie: Passageiro Categoria: Aluguel

Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Mudando de faixa

Informações complementares: CONDUTOR INFORMOU QUE NA MUDANÇA DE FAIXA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO



Documento assinado eletronicamente por CONRADO, matrícula 1073033, Polícia Rodoviária Federal, em 18/02/2019, conforme registro digital de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 5.639, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Lei Nº 13.000, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobol/autenticar>, informando o protocolo 19008454B01 e o número de controle 48001C268AETD92492853A867A455C.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19008454B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / CHEV/SPIN 1.8L MT LTZ

Placa: OEM0142

Nº BOAT: 19008454B01

Nome do Agente: CONRADO

Matrícula do Agente: 1073033

Data: 16/02/2019

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monto: Grande



Documento assinado eletronicamente por CONRADO, matrícula 1073033, Polícia Rodoviária Federal, em 16/02/2019, conforme registro oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DC, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novodoc/autenticar>, informando a proteção 19008454B01 e o número de controle 680DFC74BAEPD7442652A867A4B6C.

191

NOME DO PACIENTE: JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS
DATA DA ENTRADA: 16/02/2019
DATA DA SAÍDA: 01/04/2019

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:

Vítima de acidente de trânsito apresentando ferimento em olho direito com perda de substância, ferimento em mão direita esostando fratura do 5º metacarpo com lesão tendinosa e muscular, sem submetido a dois procedimentos cirúrgicos. Evoluiu bem, recebendo alta hospitalar dia 01/04/2019.

Documentação médica - hospitalar



HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Dia 16/02/2019 - feito limpeza com debridamento do tecido desvitalizado, sutura, enfiada e colocação do gesso no mão direita pelo Dr. Alisson Luis Loure Rodrigues (CRM 3189).
Dia 27/03/2019 - feito enxerto de pele no dorso do pé direito pelo Dr. Hiango Fayssa (CRM 4968).

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Exame radiográfico do coluna cervical, torax, bacia, mão direita.
- ECG
- Exame laboratorial.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Cirurgia geral - Dr. Jose Torres Neto - CRM 4809
Cirurgia plástica - Dr. Thales Costa do Silveira - CRM 2639
Dra. Hiango Fayssa - CRM 4968
Dra. Tizah Wyame Cardoso - CRM 742
Ortopedia - Dr. Alisson Luis Loure Rodrigues - CRM 3189

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

ARACAJU, 23 de ABRIL de 2019

Dr. Cícero Brato da Oliveira
Dr. Cícero Brato da Oliveira
CRM 940

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
No. DO BE: 1860146 DATA: 16/02/2019 HORA: 09:55 USUARIO: TRSANTOS
CNS: SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS DOC...: 11932
IDADE...: 41 ANOS NASC: 26/03/1977 SEXO...: MASCU
ENDERECO...: RUA 30 NUMERO: 397
COMPLEMENTO...: 708402205202266 BAIRRO: TAIOCOA
MUNICIPIO...: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160
NOME PAI/MAE...: JOSE JOAQUIM DOS SANTOS /DINETE NASCIMENTO DOS SA
RESPONSAVEL...: TRAZIDO PELO SAMU - AMIGO JACKSON TEL...: 79988
PROCEDENCIA...: PARQUE DOS PAROIS 5
ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO TRAUMA: SIM
CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAYO X [] SANGUE [] URINA []
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
Paciente trazido pelo SAMU com relato de espatamento de
Pomacino da boneca Thoraco - Mgo dor mais de vomito, no mo
queixo de dor. Nos dentes, Ao EF: (A) (B) (C) sem alteraç
(D) Glasgow: 15, (E) Perimeto em outra dire
ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Ponto de resistancia e firmemente
Nos dentes, Torax e abdome indolores

DIAGNOSTICO: Polifrauma CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

(1) SFO 9:1000 L... S... S...
(2) Dipirona 02 - 1000 L... S...
(3) Radiografia: Cervical Lateral/AP - 1000 L...
Torax AP - 1000 L...

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

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO
(14) Avaliador de - Ortopedia - Cirurgião Plástico
Cirurgia Plástica - Centro de Cirurgias
Dr. José Torres
Cirurgia Geral
CRM - 4000

Faustão de 5% MMT + ERD / Felt + PAVEN
 5% + LESões tendão e musculatura
 (-) Tumor. Não. VAI no C. encefalo
 Agudo conduto do C. MISTO

Limpo P.T.M.

Regra antes e depois em ponto
 de vista de m. l. t. m. e m. n. l. d.
 h. m. t. - SAT 50000 Jm;
 13.03.74 Sete e limpo P.T.M.
 Limpo, limpo
 m. l. t. m.

[Signature]
 T. M. C. de S. S. S. S.
 C. S. S. S. S. S. S.
 C. S. S. S. S. S. S.

14:00

Agudado C. C.

① G. p. 400 g EV 12/12 1/3

② G. p. 600 g EV 6/6 2/2 0/4 1/0
 SF 100 ml

Dr. João da Silva
 C. S. S. S. S. S. S.
 C. S. S. S. S. S. S.

[Signature]

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:

João de Deus de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Esquistossomose

CIRURGIA REALIZADA:

Limpeza do fígado e do baço

CIRURGIÃO:

Alvaro Rodrigues

AUXILIARES:

ANESTESIA:

ANESTESISTA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

estável

() CIRURGIA LIMPA

(x) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

() CIRURGIA CONTAMINADA

() CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM (x) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. (x) PT de DDH sob anest. loco. : Anest. e Antimigraç. e
2. Colocação de curativo E. 4x4
3. Limpeza interna do abd. com SF 0,9% : de 10 a 15 min.
4. Fecunda da de 10 a 15 min.
5. Retirada de todos os materiais e Anest. 1.º e 2.º grau
6. (x) Anest. em uso de 1.º e 2.º grau
7. (x) Anest. Biológico
8. (x) Anest. Químico
9. (x) Anest. PA em BEG

DATA

16/02/19

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME: <u>Jonilton Vasconcelos do Santos</u>	PRONTUÁRIO: <u>389</u>
RECEBIDO NA S.O. POR: <u>Equipe</u>	DATA: <u>16/02/15</u> SALA: <u>1</u>
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <u>ACORDADO</u>	SONOLENTO: <u>3</u>
CIRCULANTE: <u>De man</u>	PROCEDÊNCIA: <u>011</u>
ENTRADA S.O.: <u>15:45</u>	INÍCIO DA ANESTESIA: <u>16:20</u>
SAÍDA DA S.O.: <u>17:00</u>	FIM DA ANESTESIA: <u>17:00</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Person</u>	1ª AJUDAR: <u></u>
ANESTESISTA: <u>Dr. Walter</u>	2ª AJUDAR: <u></u>
INSTRUMENTADOR: <u>Eliane</u>	LATERALIDADE: <u>() DIREITA () ESQUER () NA</u>
CIRURGIA PROPOSTA: <u></u>	
CIRURGIA REALIZADA: <u>Drenagem mecânica temporária de hérnia</u>	

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANÇADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDACÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	
TUBO ENDOTRAQUEAL ORAL	TUBO ENDOTRAQUEAL NASAL	TUBO ARAMADO	MÁSCARA LARIN	

ASSEPSIA

PVP TÓPICO	PVP ALCOÓLICO	PVP DESINFECTANTE	CLOREX. ALCOÓLICO	CLOREX. DESINFECTANTE	CLORE AQU
------------	---------------	-------------------	-------------------	-----------------------	-----------

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

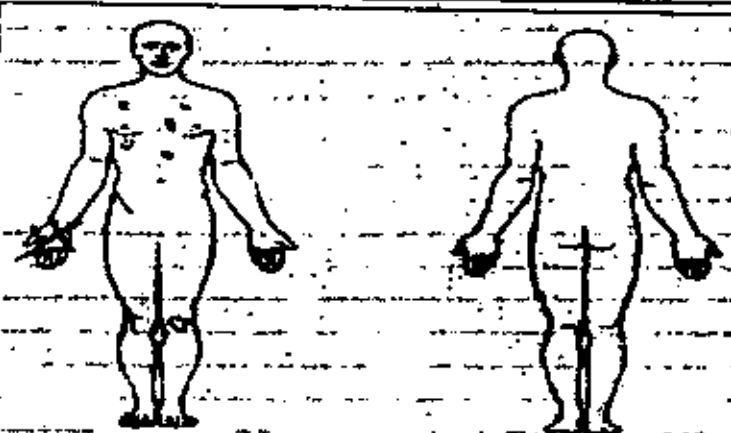
BOMBA DE INFUSÃO	DEFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓ
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓMETRO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTRO	

COSSINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	NEO	NESE	NTE	NEO
--------	-----	------	-----	-----

ESTÍMULO ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



FORÇA DISTÚRI



LOCAL

•

ELETRODOS

+

INCISÃO CIRÚRGICA

AVP

D

E

AVC

D

E

GASOMETRIA: SIM () NÃO ()

POSIÇÃO DO PACIENTE

☒ DORSAL	☐ VENTRAL	☐ LAI. ESQ.	☐ LAI. DIR.	☐ CANVETE	☐ STRENDLEMBURG	☐ LITOTOM
--	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------

ELABORADO PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DO 7º PERÍODO DA FACULDADE ESTÁCIO/UNEL (2014/01 E 02) ORIENTADO PELAS PROFESSORAS LUCIANA LÓBO E SORA SANCHES

BOLETIM DE ANESTESIA



PATIENTS

PLANNING

二、

1997

LETO

OFFICIAL PROGRAM

CONCLUSIONS AND FUTURE STUDIES

DATA

ANESTESIOLOGISTA

THE UNIVERSITY OF ALABAMA

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA

CHURCH

陳其南 謝安

FORA DE MARCHA

Workplace Injuries

Abstract

Abstract

**AGENTES
NATÓRIOS**

Films

CEC
OUTLINE

CONCLUSION

PA NAD INDUSTRIAL

PA INVERSA

ELETTROCARDIOGRAMMA

EXHIBIT 18A

CAPNOGRAFIA

✕



FMC

TEMPERATURA

在本国生产的产品

VENTILAÇÃO

PALE

545000

T. Deane 36+

२०. विद्यार्थी कक्षा

*. Open doc

Discussion

Keywords:

Keywords: *work, work environment, work engagement, work satisfaction, work stress, work-life balance, work-family balance, work-family conflict, work-family interface, work-family research, work-family issues, work-family problems, work-family solutions, work-family interventions, work-family policies, work-family programs, work-family research, work-family issues, work-family problems, work-family solutions, work-family interventions, work-family policies, work-family programs*

Company

Labeled IV. Smt. Smt. Smt. Smt.
 Labeled 200 mg Smt. Smt. Smt. Smt.
 Labeled 200 mg Smt. Smt. Smt. Smt.

King Carlos 0986

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Leilton Nascimento das Santos
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Úlcera de ulceração em mão D
CIRURGIA REALIZADA: crureto de pele parcial em mão D
CIRURGIÃO: Dra. Juanga
AUXILIARES: —
ANESTESIA: local + sedação ANESTESISTA Dr. Luiz Carlos
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

() CIRURGIA LIMPA () CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
(X) CIRURGIA CONTAMINADA () CIR. INFECTADA
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? () SIM () NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:
() VIAS AÉREAS SUP. () PULMONAR () URINÁRIA () SNC () TGI
() CUTÂNEO () AP. CARDIO-VASCULAR () PLEURA () OUTROS

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Dele em BDH sob sedação
2. antissepsia + anestesia
3. infiltração da área doadora (costa)
4. Retirada de pele parcial de cost D com placa de Blair
5. Curativo com amidoem.
6. Encionamento da pele na base da mão D
7. Pontos de fixação
8. Curativo de Bloum

DATA: 24/03/19

Dra. Juanga Figueira
Cirurgia Plástica
CRM-1983
Assinatura do Cirurgião

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.195.286 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2016

NOME JERULTON NASCIMENTO DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSE JONAS DOS SANTOS
LIVETE NASCIMENTO DOS SANTOS

NATURALIDADE FÉREDO-AL DATA DE NASCIMENTO 26/03/1977

DOC ORIGEM CT. NASCIM. NR 2722 LV 435 FL 134

CPF 047.012.001-16/36

ASSINATURA DO DETENTOR 959.912.985-72

LEI Nº 7.112 DE 20/06/73



Documentos de Identificação

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTERA DE IDENTIDADE

Jerulton Nascimento dos Santos





Lauda do IML - Lesões corporais



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS

Lauda nº 7611/2019



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quarta-feira, 21 de agosto de 2019

Nº Laudo
7611/2019

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	JENILTON NASCIMENTO DOS SANTOS	Nascimento	26/03/1977	Idade	42	Naturalidade	PENEIRO-AL
Estado Civil	SOLTEIRO	Sexo	MASCULINO	Cor	PARDA	Profissão	AUTÔNOMO
Instrução	NÃO INFORMADO	Nome da Mãe	LINETE NASCIMENTO DOS SANTOS	Nome do Pai	JOSE JOAQUIM DOS SANTOS	UF	AL
Endereço	R.Mª DA CONCEIÇÃO SANTOS	Bairro	PARQUE DOS FAROIS	Município	NOSSA SENHORA DO SOCORRO/SE		
Nome da Autoridade	BEL. SERGIO RICARDO LEITE BARBOSA	Função	BEL. SERGIO RICARDO LEITE BARBOSA	Unidade	7ª DELEGACIA METROPOLITANA		
1º Perito Relator	DR. RONMEL USBOA DOS SANTOS	Crimes/Crises	3173	2º Perito Relator		Crimes/Crises	LAUDO Nº 7611/2019
Local da Perícia	Sala do IML	Tipo		Causa			

Historico/Descrição

Historico

Relata o periciando que foi vítima de acidente de trânsito (capotamento de carro/táxi lotação), fato ocorrido no dia 18/02/2019, às 09h00, no município de Nossa Senhora do Socorro/SE. Socorrido pelo SAMU e encaminhado ao HUSE.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz extensa, irregular, hipertrófica, localizada em dorso da mão direita; cicatrizes lineares e hipertróficas, localizadas no dorso dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos da mão direita; perda da parte superior do pavilhão auricular do lado direito; perda do movimento de extensão e flexão dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos direitos. Trouxe relatório médico assinado pela Drª. Cíene Bravo, CRM 940, relatando que o paciente apresentou ferimento em orelha direita com perda de substância mais ferimento em mão direita com fratura do metacarpo com lesão tendinosa e muscular, sendo submetido a dois procedimentos cirúrgicos. Trouxe radiografia da mão direita revelando fratura do 4º metacarpo da mão direita. trouxe relatório médico assinado pelo Dr. Luiz Mitidieri, CRM 3733, relatando que o paciente apresenta limitação permanente.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se fez necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. Resultou entretanto para o periciando dano permanente e parcial incompleto de repercussão intensa, comprometendo a função motora dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos da mão direita.

Conclusão

1) Do observado e exposto concluímos que, do acidente, resultou para o periciando dano permanente e parcial incompleto de repercussão intensa, comprometendo a função motora dos 3º, 4º e 5º quirodáctilos da mão direita.

2) Houve ofensa à integridade física da vítima.

3) Lesões produzidas por ação contundente.

4) Exame realizado às 09h55 do dia 21/08/2019.

Questões/Respostas

1ª) Houve ofensa à integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2ª) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3ª) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4ª) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5ª) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6ª) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Sim, sequela permanente.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

Dr. Ronmel Lisboa dos Santos
Perito Médico Legal
CRM - SE 8173
DR. RONMEL LISBOA DOS SANTOS
3173

LAUDO Nº 7611/2019