



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202040600725
Número Único: 0027133-46.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 05/07/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO DO CONSUMIDOR - Responsabilidade do Fornecedor - Indenização por Dano Material
- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Endereço: Rua Orlando Ferreira Santos

Complemento:

Bairro: Industrial

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49065056

Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER

Endereço: Rua Senador Dantas

Complemento: 5º ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20010000

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



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

PROCESSO:

202040600725

DATA:

30/07/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200729213505358 às 21:35 em 29/07/2020.

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: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 00000089069-7

Nr. da Autenticação C1FD71F0B5D9C560

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: 13/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.691,55

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 00000089069-7

Nr. da Autenticação 3700A346F7F42CDC

NOME DO PACIENTE: Silvando de Jesus Santos

DATA DA ENTRADA: 24/09/19

DATA DA SAÍDA: 24/09/19 57a H = 12:25h

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

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito seu destino ou viagem

A, B, C e D = seu alteração.

E - lesões faciais - contusão de tendão percutal - 3º degrau nasal (Esquerda)

Diagnóstico = Politrauma

Conduta = cepalotórax + Exams + Anest.

Análise de ortopedia → Trauma ótico - contuso na nasal (E), lesões cortico-contusa de dedo médio bicipital II lesões tendais externa

Solução: cura da cir. plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Histórico Clínico:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radiografia - nasal (E) 2P.

Radi. de Tórax - Aráculos - normais.

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486

Fátima Ferreira - CRM - 2056

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

ARACAJU, 12 de novembro de 2019

Hélio Sampaio F. de C. Júnior
MÉDICO - CRM-SE 1745

25109119 - Racemes corymbous, very, very sparse on branches, long

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019 HORA: 12:25 USUARIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA *Nic.*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
: SINVALDO DE JESUS SANTOS
: 57 ANOS NASC: 16/09/1962
: RUA ORLANDO FERREIRA
: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL
: ARACAJU UF: SE CEP....
: OSVALDO DOS SANTOS /ALEIRA DE JESUS PEREIRA
: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO TEL...: 0799870722
: INDUSTRIAL 0
: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *paciente = P* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: */ /*

7. *Constitución de la Federación de las Provincias Unidas de Centro América* (1821).

وَمَنْ يَعْمَلْ مِنْ حَسَنَةٍ يُرَأَدْ

3 DA ENFERMAGEM: E = ~~ischemia~~ - ABCD =

and the presentence c/for no 3.

PREScriPCIONES .. CID: T09

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO

لیست ایندکس های در فایل

EXAMEN DE BIEN

REALIZADO EN 24/10/2011

AS 13:06 10/09/10

جامعة الملك عبد الله للعلوم والتقنية

DATA DA SAÍDA: / / HORA DA SAÍDA: :
DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] ENFERMAGEM []

A PEDIDO EVASAO DESISTENCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
NO PROPRIO HOSPITAL (SEUO)

10. PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

UNIDADE DE SAUDE):
ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA Fátima S. Pereira

CRM 2056 ANAT. PATOL
Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

$\rightarrow L_x \approx \text{max } p_{\text{sum}}$ e. i.

WMA 1-19 - 1A-081967 -

is in favor of an instant

p. 7

24/09/19 - Tel. Trajedix:

Fixar contorno no ant. fsgm.
e intradural para do lado (não fsgm)
em ponto de inserção e aperte as fibras de tendão extensores
soltos para a laringe plástica

João Ferreira
Ortopedia e Traj.
CRM-SE 2486-7

44m # laringe basal #

Relevox = ✓ tecidos frágeis

✓ tecido ósseo / cartilag.

✓ tecido muscular / peritônio

SS: Massagem laringe plástica
(segundo ortopédica).

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)
RECEITUÁRIO

PACIENTE: Sinusite de Júnior S.

Encaminho para
exames no setor de
exames mts do Huse
ressalto exames de
III e IV quadro (E)

RECEITURÍA

PACIENTE

DATA 10/01/19

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

Assinatura e Carimbo
Dr. Wagner Lira
Huse



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



NOME:

Júmara de Freitas Lima

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Po Júmara de Freitas Lima
3 DPO M (R) Síntese lim
perd de sustentação (tela 3 mm)

PROCEDIMENTO:

DATA DA INTERNAÇÃO: _____

DATA DO PROCEDIMENTO: 15/10/19

DATA DA ALTA: _____

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar tala ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr. Luis Mitiári Jr.

no dia 15/10/19 7h

Dr. Luis Mitiári Junior
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 3733

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

Anvisa

No. DO BE: 801093 DATA: 04/10/2019 HORA: 05:53 USUARIO: MMRSANTOS
 CNS: 165889866030001 SETOR: 01-ACOLHIMENTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : SINVALDO DE JESUS SANTOS DOC...: 685736
 IDADE.....: 57 ANOS NASC: 16/09/1962 SEXO...: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA ORLANDO F DOS SANTOS NUMERO: 24
 COMPLEMENTO...: BAIRRO: INDUSTRIAL
 MUNICIPIO....: ARACAJU UF: SE CEP...: 49065-000
 NOME PAI/MAE...: OSVALDO DOS SANTOS /ALZIRA DE JESUS PEREIRA
 RESPONSAVEL...: O PROPRIO TEL...: 9870-7220
 PROCEDENCIA...: ARACAJU-SE
 ATENDIMENTO...: NAO INFORMADOS
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

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

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

I. AVALIAÇÃO DE RISCO / ATENDIMENTO DO ENFERMEIRO

1. Queixa / Motivo que levou a procurar o Pronto Socorro: () Busca espontânea () Encaminhamento

2. Cronologia / Início dos Sintomas:

3. História Pregressa: () CARDIACO () RENAL () HAS () DM () TRANS. MENTAL () ALERGIAS
Outros:

Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: HORA: 4. RECLASIFICAÇÃO: HCRA:

P.A.: X F.C.:

4. RECLASSIFICAÇÃO: **HCBA:**

HCRA:

TAX: _____ °C F.R.: _____ mm

TAX: _____ % F.R.: _____ rpm

HGT: mod SatO2: 8%

TAX: _____ F.R.: _____ (pm)
HGT: _____ m/dy Sat 023: _____ %

RISCO: / AZUL / Verde / AMARELO / VERMELHO RISCO: / AZUL / Verde / AMARELO / VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

II. ATENDIMIENTO MÉDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ABRAZAMIENTO

NAME	
ADDRESS	
CITY STATE ZIP	
TELEPHONE	
E-MAIL	
INTERESTS	
PREFERENCES	

III. ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

IV. TRIAGEM MÉDICA

- Sem queixas ou sintomas potencialmente graves.
 - Sem alteração na ausculta cardíaca ou pulmonar.
 - Paciente com perfil da atenção Primária.
Conforme classificação de risco e as condições observadas acima, encaminho a UBS.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
 SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO
 PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

DATA: 4 / 12 / 2019

NOME: Vinícius A. J. dos Santos

DIAGNÓSTICO(S): _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	em uso
3º. Keflin 1 g EV 6/6hs ou Kefazol 1 g EV 8/8hs	recepção
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	18 24 06 12
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9 % EV 12/12hs.	20 08
6º. Omeprazol 40mg vo 1x dia.	06
7º. Nauseodron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	24 08 16
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	gr. t.
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as <u>19</u> horas com receita e acompanhante	orientar
	Kália Matos Soárez de Alcântara Enfermeira CORENSE 465.969
	CRM 3733

EVOLUÇÃO MÉDICA:



ENCAMINHO O PACIENTE: Senhor 76-502

DIAGNÓSTICO: _____

ORIENTAÇÕES:

- PRORCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DA SOCORRO, NO DIA 09/10/19 AS 8 HORAS PARA INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DA MÃO.
- LEVAR TODOS OS EXAMES REALIZADOS (RADIOGRAFIAS, EXAMES DE SANGUE E ELETROCARDIOGRAMA E OUTROS CASO SOLICITADOS)
- CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 09/10/19 AS 7 H.
- JEJUM APÓS 23 HORAS DO DIA 03/10/19.

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

03/10/19
Fernanda de Souza Garcia
Médica CRM/SE 5858

**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO**

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o

Sr(a) Simaldo de Souz Santos

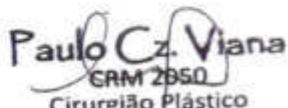
atendido(a) neste serviço, necessita afastar-se de suas atividades por

15 dia(s) (quinze)

CID: S66-3.

Aracaju, 24 de Set de 2019

ATENCIOSAMENTE,


Paulo Cz Viana
CRM 2950
Cirurgião Plástico



HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE:	J. M. M. de S. L. 30 anos m/c	
DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO:		
CIRURGIA REALIZADA:	J. M. M. de S. L.	
CIRURGÃO:	Dr. Luiz Mitidieri	
AUXILIARES:		
ANESTESIA:	ANESTESISTA:	
DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO:		
<input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIA LIMPA	<input type="checkbox"/> CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA	
<input type="checkbox"/> CIRURGIA CONTAMINADA	<input type="checkbox"/> CIR. INFECTADA	
INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<input type="checkbox"/> VIAS AÉREAS SUP.	<input type="checkbox"/> PULMONAR	<input type="checkbox"/> URINÁRIA
<input type="checkbox"/> SNC	<input type="checkbox"/> TGI	
<input type="checkbox"/> CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> AP. CARDIO - VASCULAR	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

- ① DDA
② Amput. bnt hep. + Comp. ext.
③ Gang.
④ Implant. de dito mao ② +
 amput. no planc.
⑤ Urtig. lige. Entom. em 30
 d/o mao ② Vomitor lom. perit.
 di. subfasc. lige. lom. lompl. 1.
⑥ Tumor. gittura.
⑦ Tumor. gittura.
 amput. das bordas lompl. m.
 lompl.
⑧ Rov. d. gom.
⑨ Hematoma
⑩ Urtig. lige. no planc.
 lompl. ext.
⑪ S. de gom.
⑫ S. de gom.

DATA: 4/10/10

Cirurgião

Dr. Luiz Mitidieri
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM 3733



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723357 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE MÃO COM FERIMENTO LACERO CONTUSO E LESÃO DE TENDÃO DO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO 3º QUIRODÁCTILO, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DA MÃO E DO 3º QUIRODÁCTILO, DOR E BLOQUEIO NA MÃO E NO 3º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO (DEDOS EM MARTELO). REDUÇÃO LEVE DA CAPACIDADE DE PREENSÃO DA MÃO.

Resultados terapêuticos: PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2019 O QUADRO FOI TRATADO COM TENORRAFIAS E SUTURAS POR PLANOS DO FERIMENTO DA MÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL. ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 02/03/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 03/01/2020. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU MODERADO.

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 - 17,9 %	12,53%	R\$ 1.691,55
Total			12,53 %	R\$ 1.691,55

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723357 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 24/09/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA LACERO-CONTUSO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TENORRAFIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 04 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 17 //

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190723357**

Nome do(a) Examinado(a): **SINVALDO DE JESUS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Orlando Ferreira Santos, 23 - Aracaju - SE - CEP 49065056

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **685 736**

Data e local do acidente: [**24/09/2019**] **ARACAJU/SERGIPE**

Data e local do exame: [**02/03/2020**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

TRAUMA DE MÃO COM FERIMENTO LACERO CONTUSO E LESÃO DE TENDÃO DO EXTENSOR DO 3º QUIRODÁCTILO À ESQUERDA.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DA MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), EM VIRTUDE DA DOR E BLOQUEIO NO 3º QUIRODÁCTILO, CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR NA FACE POSTERIOR DA MÃO E DO 3º QUIRODÁCTILO, DOR E BLOQUEIO NA MÃO E NO 3º QUIRODÁCTILO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DO 2º E 3º QUIRODÁCTILO (DEDOS EM MARTELO). REDUÇÃO LEVE DA CAPACIDADE DE PREENSÃO DA MÃO.

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

[] Sim [] Não

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

PERICIADO VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 04/02/2019 O QUADRO FOI TRATADO COM TENORRAFIAS E SUTURAS POR PLANOS DO FERIMENTO DA MÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.ALTA MÉDICA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

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

Limitação funcional da mão esquerda

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

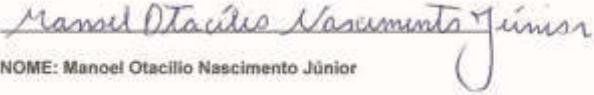
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.

**VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL EM 03/01/2020. A
INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO 3º DEDO DA MÃO ESQUERDA EM GRAU
MODERADO.**


NOME: Manoel Otacilio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE

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

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723357

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS 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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723357 **Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS**

Data do Acidente: 24/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS 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\$ 1.691,55

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

Graduação: Em grau residual 17,9%

% Invalidez Permanente DPVAT: (17,9% de 70%) 12,53%

Valor a indenizar: 12,53% x 13.500,00 = R\$ 1.691,55

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 1.691,55

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 302.619.435-15 4 - Nome completo da vítima: *Ginaldo de Jesus Santos*

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

5 - Nome completo: *Ginaldo de Jesus Santos* 6 - CPF: 302.619.435-15
 7 - Profissão: *Lima de ferro* 8 - Endereço: *Rua Silviano Ferreira das Santas* 9 - Número: 23 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Industrial* 12 - Cidade: *Chacajá* 13 - Estado: *SE* 14 - CEP: 29065-036
 15 - E-mail: *ginaldo.santos.1992@outlook.com.br* 16 - Tel.(DDD): 0913022-0812

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: *0059* CONTA: *89069-7* (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou testamento (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	---	--	--	--

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Chacajá - SE, 27.12.2019*

Ginaldo de Jesus Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:11 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:39
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/09/2019 11:15

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Itabaiana

Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SINVALDO DE JESUS SANTOS (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Capela Sexo: Masculino Nasc: 16/09/1962
Profissão: Armador
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Aleira de Jesus Fereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos

Nº: 24

Bairro: Industrial

Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE

Telefone: (79) 98812-9660 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon
CPF/CNPJ do Proprietário	311.523.505-44
Renavam	00118225740
Número do Chassi	93YBSR1RH9J185760
Cor	PRATA
Município Veículo	Aracaju
	Placa JHV4068
	Número do Motor D4DH760Q044996
	Ano/Modelo Fabricação 2009/2008
	UF Veículo Sergipe
	Marca/Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Laércio Figueiredo de Souza
Data de Impressão: 10/10/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 19/12/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Desconhecido 1	Possuidor
Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 352.619.435-15	Placa QKQ5333
Renavam 01041848673	Número do Motor KC16E6F031418
Número do Chassi 9C2KC1660FR031418	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor VERMELHA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran 30/04/2019	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Sinvaldo de Jesus Santos	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local, e horário acima mencionados estava passando pela rua do lado direito da via quando foi surpreendido pelo carro Sandero que vinha pela esquerda da via, contornando à direita da via para entrar em um estacionamento, que por isso veio a colidir com sua moto Honda/CG que estava do lado direito. Devido ao impacto rompeu o ligamento dos dedos da mão esquerda. Por fim declarou que não tem interesse em processar criminalmente contra o autor/infrator.

ASSINATURAS

Agente de Polícia Judiciária
Delegado Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula 640916
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos
Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável responsável pelas informações acima esclarecidas e ciente com poderes responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo assinar, conforme previsto nos Artigos 338- Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 100,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SINVALDO DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00059

CONTA: 000000089069-7

Nr. da Autenticação 4702213302310D8D

PARECER DE DAMS



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200039043

Data do acidente: 24/09/2019

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: Aracaju

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 29/01/2020 14:07:47

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT AO NIVEL DO PUNHO E DA MAO FRAT DE OUTR OSSOS DO METACARPO -

Internação: Não

Tratamento: CIRURGICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	100,00	100,00
Total da Análise Atual			100,00	100,00

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde

Observações:

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: SINVALDO DE JESUS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	100,00	100,00	100,00

TOTAL PLEITEADO: 100,00 **TOTAL AVALIADO:** 100,00 **TOTAL PAGO + À PAGAR:** 100,00

INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039043

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

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

Recebedor: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Valor: R\$ 100,00

Banco: 104

Agência: 000000059

Conta: 0000089069-7

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200039043

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 24/09/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SINVALDO DE JESUS SANTOS

Informamos que o seu pedido de reembolso de DAMS foi cadastrado.

Para cobertura de Despesas Médicas e Suplementares (DAMS) o valor do reembolso é de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais). Todas as despesas precisam ser comprovadas através de notas fiscais e recibos originais.

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

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

Informamos que o reembolso de despesas médicas e suplementares é avaliado conforme critérios de análise praticados pelo mercado e tendo como limite mínimo os valores constantes na Tabela do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo assim ser ou não reembolsado em sua totalidade, observando-se o limite da cobertura.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032952/20

Vítima: SINVALDO DE JESUS SANTOS

CPF: 352.619.435-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/09/2019

Titular do CPF: SINVALDO DE JESUS SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

SINVALDO DE JESUS SANTOS : 352.619.435-15

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.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/01/2020
Nome: SINVALDO DE JESUS SANTOS
CPF: 352.619.435-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: PAOLA LARISSA BREDA
CPF: 071.930.319-29

SINVALDO DE JESUS SANTOS

PAOLA LARISSA BREDA

NOME DO PACIENTE: Silvando de Jesus Santos

DATA DA ENTRADA: 24/09/19

DATA DA SAÍDA: 24/09/19 57a H = 12:25h

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

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito seu desenho ou rosto

A, B, C e D = seu alteração.

E - lesão óssea - escleral de tendão parcial - 3º degrau (Esquerda)

D. quebrado = Politessma

Conduta = cepalotomia + Exame + Anestes.

Anestesia de Ortopedia → Trauma ótico - contuso na mão (E), lesão cortico-contusa
de dedo médio biceps II tendão extensor

Solução em da Cir plástica

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

HISTÓRICO CLÍNICO

EXAMES COMPLEMENTARES:

Radioografia - mão (E) 2P.

Rad. de Tórax - Arácnoides - normais.

MÉDICOS ASSISTENTES:

João F. Alves - CRM - 2486

Fátima Ferreira - CRM - 2056

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

ARACAJU, 12 de novembro de 2019

Hélio Sampaio F. de C. Júnior
MÉDICO - CRM-SE 1745

25/09/19 - Racine curvum var. rugosum - variegata, variegata

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217
CNS:

DATA: 24/09/2019 HORA: 12:25 USUARIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA *Nic.*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE : SINVALDO DE JESUS SANTOS
 : 57 ANOS NASC: 16/09/1962
 : RUA ORLANDO FERREIRA
 : 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL
 : ARACAJU UF: SE CEP...:
 : OSVALDO DOS SANTOS /ALEIRA DE JESUS PEREIRA
 : TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO TEL...: 0799870722
 : INDUSTRIAL 0
 : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 : NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM
 : NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *inteligente, 24* DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

1960-1961. The following table gives the results of the 1960-1961 survey.

DA ENFERMAGEM: ~~Existe concentração entre todos os~~

1. *Amphibolite* c/ses, no 3.

AGNOSTICO: *Indeterminado* .. CID: *T09*

PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICAGAO

دستورات باید در اینجا مذکور شوند

EXAME DE RADIOLÓGIA - HU
PEAU

realizado em 24/09/10

12-06 NORM

DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO HORA DA SAIDA: :
ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO [] DESISTENCIA

... NO AMBULATORIO
NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

10A (UNIDADE DE SAUDE): _____

ATE 48HS APOS 48HS | FAMILIA Fátima S. Pereira CRM 2056 ANAT. PATOL

NATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL Cirurgia Geral / Endoscopia

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

→ ~~Ex~~ ~~Da~~ ~~mat~~ Psgm ~~pa-oh~~ ~~1962~~ ↗

1. *Scirpus* (sedge) 2. *Phragmites* (cattail)

24/09/19 - fel. Trajedix:

Fixar contorno no ant. fsgm.
as estruturas óssea do seu m^{es} fsgm
em ponto de inserção e apesar das interrupções
salidas para a Lm pl^{ta}

44m # hincia basal #

Relevo = ✓ lâminas ósreas

✓ lâminas ósreas / metálicas

✓ lâminas ósreas / metálicas

SS: Hessisees Anágia plástica
(segundo ortopédica).

João Ferreira
Ortopedia e Traum
CRM-SE 2486-7

Fátima S. Pereira
CRM 2056
Cirurgia Geral / Endoscopia

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE CIRURGIA DA MÃO HOSPITAL SOCORRO
PREScrições Diárias

DATA: 4 / 17 / 2019

NAME: Timothy A. Smith

DIAGNÓSTICO(S): _____

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	em uso
3º. Keflin 1g EV 6/6hs ou Kefazol 1g EV 8/8hs	Alta receita
4º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV 6/6hs	18 24 06 13
5º. Profenid 100 mg + 100 ml SF 0,9% EV 12/12hs.	20 08
6º. Omeprazol 40mg vo 1ºx dia.	06
7º. Nauseodron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs LENTO	24 08 16
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	gráu 1
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as <u>19</u> horas com receita e acompanhante	Ciente
	Kátia Matos S. de Alcântara Enfermeira COREN/SE 465.969
	Dr. Wilson Altidieri Júnior Ortopedia / Traumatologia Clínica da Mão CRM 3733

EVOLUÇÃO MÉDICA:


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

SE

NOME
SINVALDO DE JESUS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
685736 **SSP** **SE**

CPF
352.619.435-15 DATA NASCIMENTO
16/09/1962

FUNÇÃO
OSVALDO DOS SANTOS

ALCIRA DE JESUS
PEREIRA

PERMISSÃO **AB** ACC **AB** CAT HAB **AB**

Nº REGISTRO **06864292459** **VALIDADE** **27/06/2021** **1ª HABILITAÇÃO** **21/06/2017**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

Sinvaldo de Jesus Santos
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **ARACAJU, SE** **DATA DE EMISSÃO** **25/06/2018**
Luzilene Cândida Dida Chagas de Melo
DIRETORA PRESIDENTE
ASSINATURA DO EMISOR
SERGIPE

PROIBIDO PLASTIFICAR
1650994126

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 10/10/2019 09:11 Data/Hora Fim: 10/10/2019 09:39
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/09/2019 11:15

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)

Bairro: Centro

Logradouro: Rua Itabaiana

Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1223: LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Art. 303 Caput da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: SINVALDO DE JESUS SANTOS (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Capela Sexo: Masculino Nasc: 16/09/1962
Profissão: Armador
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Aleira de Jesus Fereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nº: 24

Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos

Bairro: Industrial

Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE

Telefone: (79) 98812-9660 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhon

CPF/CNPJ do Proprietário 311.523.505-44

Placa JHV4068

Renavam 00118225740

Número do Motor D4DH760Q044996

Número do Chassi 93YBSR1RH9J185760

Ano/Modelo Fabricação 2009/2008

Cor PRATA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Aracaju

Marca/Modelo RENAULT/SANDERO EXP1016V

Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Laércio Figueiredo de Souza
Data de Impressão: 10/10/2019 09:40
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 106440/2019

Modelo	RENAULT/SANDERO EXP1016V	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran	19/12/2018	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Desconhecido 1			Possuidor
Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	352.619.435-15	Placa	QKQ5333
Renavam	01041848673	Número do Motor	KC16E6F031418
Número do Chassi	9C2KC1660FR031418	Ano/Modelo Fabricação	2015/2014
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Sergipe
Município Veículo	Aracaju	Marca/Modelo	HONDA/CG 150 TITAN EX
Modelo	HONDA/CG 150 TITAN EX	Veículo Adulterado?	Não
Quantidade	1 Unidade	Situação	Envolvido, Meio Empregado
Última Atualização Denatran	30/04/2019	Situação do Veículo	NADA CONSTA
Nome Envolvido		Envolvimentos	
Sinvaldo de Jesus Santos			Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante que no dia, local, e horário acima mencionados estava passando pela rua do lado direito da via quando foi surpreendido pelo carro Sandero que vinda pela esquerda da via, contornando à direita da via para entrar em um estacionamento, que por isso veio a colidir com sua moto Honda/CG que estava do lado direito. Devido ao impacto rompeu o ligamento dos dedos da mão esquerda. Por fim declarou que não tem interesse em processar criminalmente contra o autor/infrator.

ASSINATURAS

Agente de Polícia Judiciária
Delegado Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza
Agente de Polícia
Matrícula: 640916
Responsável pelo Atendimento

Sinvaldo de Jesus Santos

Sinvaldo de Jesus Santos
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou eu (a) único(a) responsável pelas informações acima essentadas e fico com o direito responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei em origem, conforme previsto nos Artigos 338-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

352.619.425-15

4 - Nome completo da vítima:

Ginealdo de Souza Santos

RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Ginealdo de Souza Santos

6 - CPF:

352.619.425-15

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Líma de Souza

Rua Orlando Ferreira dos Santos

9 - Número:

23

11 - Bairro:

Industrial

12 - Cidade:

Macajá

13 - Estado:

Sergipe

14 - CEP:

49065-036

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(71) 3022-0812

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA: 0059

CONTA: 59069-

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGENCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado Judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)?

 Sim

 Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

 Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macajá - SE, 27.12.2019

Ginealdo de Souza Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)