



**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	Distribuição: 05/07/2020
Número Único: 0027133-46.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**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 Apensados:**

--

**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: 000000089069-7

---

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: 000000089069-7

---

Nr. da Autenticação 3700A346F7F42CDC

NOME DO PACIENTE: Siavaldo 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 sem danos ou ferimentos  
A, B, C e D = sem alterações  
E - lesas lábios - contusas de bordas parciais - 3º dedo mão (Esquerda)  
Diagnóstico = Politrauma  
Conduta = ortopédica + Exame + Análise  
Análise de Deteção - Trauma físico - contuso na mão (E), lesas cortico - contusa  
de dedo médio esquerda // lesas tendão externa  
Soluções em Cir. plástica

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:****EXAMES COMPLEMENTARES:**

Radiografia - mão (E) 2P.  
Rad. de Torax - Análises - normais.

**MÉDICOS ASSISTENTES:**

João F. Alves - CRM - 2486  
Fátima Pereira - 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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO





24/09/19 - Fel. D. Joplin

1. Principais características no meio espacial.  
 2. características relativas do desenvolvimento espacial  
 3. relações entre o meio espacial  
 4. relações entre o meio espacial  
 5. relações entre o meio espacial  
 6. relações entre o meio espacial  
 7. relações entre o meio espacial  
 8. relações entre o meio espacial  
 9. relações entre o meio espacial  
 10. relações entre o meio espacial

44h # (single) goal #

Real task =  $\phi$  intrinsic qualities

of Davis' personal notes.

*P. linearis* Penn. Pers. *Trich.*

Q: Analyse triangle pqr  
(segment orthogonale).

João Ferreira  
Ortopedia e Trauma  
CRM-SE 2486

Fátima S. Pereira  
CRM 2056  
Cirurgia Geral / Endoscopia





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

## RECEITUÁRIO


PACIENTE: Sinvaldo de Jesus S.

Encaminhado para  
Atendimento de  
emergência nos d. HUSE  
less todo exame de  
ITU e ITU 2 unidades (E)

PACIENTE

DATA

1 10 19

  
MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE SAÚDE

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



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

NOME:

Simone da Silva Lima

## RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

PO 1º grau de luxação  
3º grau do (R) Segmento humeral  
perda de substância 4,5 cm e 5 cm

PROCEDIMENTO:

DATA DA INTERNAÇÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DO PROCEDIMENTO: 17/10/19

DATA DA ALTA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados

- **NÃO** retirar tala ou curativo

- Retorno no HUSE com Dr.

no dia 15/10/19 7h

Dr. Luiz Mitidieri Junior  
Ortopedia / Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 3733

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL JOSE FRANCO SOBRINHO

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

[ ] FAMILIA

[ ] IML

[ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

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 Progressiva: ( ) CARDIACO ( ) RENAL ( ) HAS ( ) DM ( ) TRANS. MENTAL ( ) ALERGIAS

Outros:

4. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA:

4. RECLASSIFICAÇÃO:

HCRA:

P.A.: x

F.C.: bpm

P.A.: x

F.C.: bpm

TAX: °C

F.R.: irpm

TAX: °C

F.R.: irpm

HGT: mg/dL SatO2: %

HGT: mg/dL SatO2: %

RISCO: ( ) AZUL ( ) Verde ( ) AMARELO ( ) VERMELHO

RISCO: ( ) AZUL ( ) Verde ( ) AMARELO ( ) VERMELHO

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

Enfermeiro (Assinatura e Carimbo):

## II. ATENDIMENTO MÉDICO

1. História Clínica:

2.HD:

3. Terapêutica:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

## 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.
- Médico:

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

DATA: 4 / 12 / 2019

NOME: Vinícius A. 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	sem receita
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. Nauseidron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SNS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs <b>LENTO</b>	24 08 12
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	9.12.19
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as 19 horas com receita e acompanhante	Ciente
<div style="text-align: right;"> <p>Dr. Luis Altiéri Junior  Ortopedia / Traumatologia  Clínica da Mão  CRM 3793</p> </div>	
<div style="text-align: right;"> <p>Kátia Matos S. de Alcântara  Enfermeira  CORENISE 465.969</p> </div>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**



ENCAMINHO O PACIENTE:

Sr. Maria da Glória

DIAGNÓSTICO:

ORIENTAÇÕES:

- PROCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DA SOCORRO, NO DIA 09/10/19 AS 4 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 APOS 23 HORAS DO DIA 03/10/19.

**ATENÇÃO:** O NÃO COMPARECIMENTO 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 Pinto Garcia*  
Médica CREMESP 5858



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

**ATESTADO MÉDICO**

Atesto para os devidos fins que o

Sr(a) Sivaldo de Jesus 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 2850  
Cirurgião Plástico



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

**HOSPITAL REGIONAL NOSSA SENHORA DO SOCORRO**

**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**

PACIENTE: *Simone da Silva Lemos*  
DIAGNÓSTICO PRÉ - OPERATÓRIO: *Lesão Fechada Antebraço 3º grau M.D.R.*  
CIRURGIA REALIZADA: *amputação*  
CIRURGIÃO: *Dr. Luiz*  
AUXILIARES:

ANESTESIA: ANESTESISTA:

DIAGNÓSTICO PÓS - OPERATÓRIO:

(☒) CIRURGIA LIMPA ( ) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA

( ) CIRURGIA CONTAMINADA ( ) CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

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

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

**DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

- 1) DDA
- 2) Anest. + Ant. Hep. + Comp. de
- 3) Bônus
- 4) Incisão along. 3º do M.D.R. +
- 5) Amputação por flange
- 6) Lavagem along. Antebraço com 3º
- 7) do M.D.R. + Hemostasia com ped
- 8) de Sulfonamida (Linha Completa)
- 9) Hemostase definitiva
- 10) Amputação dos tendões Ant. no
- 11) Ant. no
- 12) Retirada de pontos
- 13) Hemostase
- 14) Cobertura por flange
- 15) Curativo selado
- 16) S.A. flange
- 17) S.A. flange

DATA: 4.10.10

Cirurgião

Dr. Luiz Mitidieri Junior  
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:** PERICIA DO 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

**Valoração 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 PRENSÃO DA MÃO.**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**PERICIA DO 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)?**

[ **X** ] 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 ( X ) 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

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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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, 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](http://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: 252.619.435-15 4 - Nome completo da vítima: Simão 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: Simão de Jesus Santos 6 - CPF: 252.619.435-15  
7 - Profissão: Armador 8 - Endereço: Rua Arlindo Ferreira dos Santos 9 - Número: 23 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Industrial 12 - Cidade: Macaé 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49065-036  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (79) 3022-0812

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAÍS, 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 ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ 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)  
AGÊNCIA: 0059 CONTA: 89069-7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO:  
AGÊNCIA: CONTA:

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.

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.  
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) ☐ Divorçado ☐ 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 resíduo (ao 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 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macaé - SE, 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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)  
Logradouro: Rua Itabalana  
Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Bairro: Centro

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 Ferreira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE  
Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos  
Bairro: Industrial  
Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nº: 24

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/Caminhão
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 da 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 Motocideta/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 Sanderero 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  
Laércio Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza  
Agente de Polícia  
Matrícula 040918  
Responsável pelo Atendimento

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

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



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 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

25/09/19

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217  
CNS:

DATA: 24/09/2019  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:25  
USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SINVALDO DE JESUS SANTOS

: 57 ANOS NASC: 16/09/1962

: RUA ORLANDO FERREIRA

: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL

: ARACAJU

: OSVALDO DOS SANTOS

: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO

: INDUSTRIAL

: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

: NAO

: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO: MASCULINO

NUMERO: 24

CEP....:

/ALEIRA DE JESUS PEREIRA

TEL....: 0799870722

0

TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

... por acidente motociclistico com  
... em vômito - ABCD: x  
DA ENFERMAGEM: E = lesão contusa com lesão de  
... no 3

AGNOSTICO:

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

... 50 mg (EV)  
... (up) + ... (Op)  
... 3" ...

EXAME DE RADIOLOGIA - HU!  
REALIZADO EM 24/09/19  
AS 13:06 HORA

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

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

[ ] FAMILIA Fátima S. Pereira  
CRM 2056 [ ] ANAT. PATOL

Cirurgia Geral / Endoscopia

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

→ Lx da mat Psiqu PA-obliqua  
...  
p. 27

# 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
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

**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
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

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

## INFORMAÇÕES ANÁLISE MÉDICA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU**

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

**NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e**

Emissão (Horário de Brasília)

**11/01/2020 08:06:19**

Reg. Especial Tributação

**Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)**

Período de Competência

**01/2020**

Exigibilidade do ISS

**Exigível em Aracaju**

Município de Prestação do Serviço

**Aracaju - SE****PRESTADOR DE SERVIÇOS**

Razão Social

**LIAC LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS LTDA**

Nome Fantasia

**LIAC**

CPF/CNPJ

**13.007.265/0002-44**

Inscrição Municipal

**1187051**

Inscrição Estadual

Simples Nacional

**Sim**

Email

**laclisenfse@yahoo.com.br**

Incentivador Cultural

**Não**

Fone/Fax

**(79) 3253-7200**

Endereço

**Rua ESPIRITO SANTO (SIQ. CAMPOS), 258, Siqueira Campos - CEP: 49075-240 - Aracaju - SE****TOMADOR DE SERVIÇOS**

Nome/Razão Social

**SINVALDO DE JESUS SANTOS Sexo\***

CPF/CNPJ

**352.619.435-15**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

Endereço

**Rua Orlando Ferreira Santos, 24, Industrial - CEP: 49065-056 - Aracaju - SE****SERVIÇO PRESTADO****0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8640202****DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS**

CONSULTA PARA O MESMO

**RETENÇÕES FEDERAIS**

PIS (R\$)

**0,00**

COFINS (R\$)

**0,00**

INSS (R\$)

**0,00**

IR (R\$)

**0,00**

CSLL (R\$)

**0,00**

Outras Retenções (R\$)

**0,00****VALORES**

Valor dos Serviços (R\$)

**100,00**

Deduções (R\$)

**0,00**

Desconto Incondicionado (R\$)

**0,00**

Base de Cálculo (R\$)

**100,00**

Alíquota (%)

**4,9200**

ISS (R\$)

**4,92**

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

**0,00**

Valor Líquido (R\$)

**100,00**

Valor Total da Nota (R\$)

**100,00****OUTRAS INFORMAÇÕES**

Optante do Simples Nacional.

Visualizado em: 11/01/2020 08:06:21

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>  
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

---

**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



---

**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

Carta nº 15421423

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032952/20

**Vítima:** SINVALDO DE JESUS SANTOS

**CPF:** 352.619.435-15

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 24/09/2019

**Titular do CPF:** SINVALDO DE JESUS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## 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](http://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

SINVALDO DE JESUS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAOLA LARISSA BREDAS



NOME DO PACIENTE: Siavaldo 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 sem discernimento ou vômito  
A, B, C e D = sem alterações  
E - lesas lábios - contusas de lentes dental - 3º dedo mão (Esquerda)  
Diagnóstico = Politrauma  
Conduta = cepalotômica + Exame + Análise  
Análise de Detecção - Trauma cefálico - contuso na mão (E), lesas cefálico - contusa de dedo médio esquerda // lesas lentes externa  
Soluções em Cir. plástica

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

HISTÓRICO CLÍNICO

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

Radiografia - mão (E) 2P.  
Rad. de Torax - Análises - normais.

**MÉDICOS ASSISTENTES:**

João F. Alves - CRM - 2486  
Fátima Pereira - 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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



25/09/19

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 57217  
CNS:

DATA: 24/09/2019  
SETOR: 06-SUTURA

HORA: 12:25  
USUARIO: CMSLEITE

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: SINVALDO DE JESUS SANTOS

: 57 ANOS NASC: 16/09/1962

: RUA ORLANDO FERREIRA

: 708407213413364 BAIRRO: INDUSTRIAL

: ARACAJU

: OSVALDO DOS SANTOS

: TRAZIDO PELO SAMU - FILHO - JOAO

: INDUSTRIAL

: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

: NAO

: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

SEXO: MASCULINO

NUMERO: 24

CEP....:

/ALEIRA DE JESUS PEREIRA

TEL....: 0799870722

0

TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: *queixas de dor* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1/1/19*

*trauma por acidente motociclistico com  
queda de altura em via publica - ABCD: X  
3 DA ENFERMAGEM: E = lesao contusa com lesao de  
molete esquerda c/dor, no 3*

AGNOSTICO: *trauma*

CID: T02

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Tratado com analgesico  
50 mg (EV)  
Cid. torax (up) + mto 200 (Cp)  
medicacao sintomatica 3 dias mto 200*

EXAME DE RADIOLOGIA - HU!  
REALIZADO EM 24/09/19  
AS 13:06 HORA

TA DA SAIDA: / /  
[ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO  
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: :  
[ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA

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

[ ] FAMILIA *Fátima S. Pereira*  
CRM 2056 [ ] ANAT. PATOL

*Cirurgia Geral / Endoscopia*

NATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*→ Lx da mat Psiqu PA-obliqua  
→ un familiar*

24/09/19 - Pale. J. J. J. J. J.

Primeira estrutura no nível superior.  
A estrutura basal do nível superior.  
em pontos de sustentação  
e espera as interações entre as tendões e os  
sólidos para a estrutura plástica.

44h # Cirurgia geral #

Realizar = 2 incisões quadradas  
2 incisões, uma para a mobilização  
2 incisões, uma para a sutura

g: Análise da estrutura plástica  
(segundo ortopedia).

João Ferreira  
Ortopedia e Trauma  
CRM-SE 2488

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 / 12 / 2019

NOME: Vinícius A. 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	sem receita
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. Nausebron 1 amp Ev de 8/8 hs S/N	SND
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV 8/8hs <b>LENTO</b>	24 08 12
9º. Membro superior elevado e observação rigorosa da perfusão distal	9.15
10º. Sinais vitais e cuidados gerais de 4 em 4 horas	20 24 04 08 12
11º. Alta após as 19 horas com receita e acompanhante	Ok
<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>Dr. Luiz Mitidieri Junior  Ortopedia / Traumatologia  Clínica da Mão  CRM 3793</p> </div> <div> <p>Kátia Matos S. de Alcântara  Enfermeira  CORENISE 465.969</p> </div> </div>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**







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)  
Logradouro: Rua Itabalana  
Complemento: Próximo ao quartel da Polícia Militar

Bairro: Centro

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 Ferreira			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 352.619.435-15

Endereço

Município: Aracaju - SE  
Logradouro: Rua Orlando F. dos Santos  
Bairro: Industrial  
Telefone: (79) 98844-5485 (Celular)

Nº: 24

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 Motocideta/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 Sanderero 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  
Laércio Figueiredo de Souza

Laércio Figueiredo de Souza  
Agente de Polícia  
Matrícula 640918  
Responsável pelo Atendimento

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

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente com poderes responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denunciação 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:

002.619.435-15

4 - Nome completo da vítima:

Simão 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:

Simão de Jesus Santos

6 - CPF:

002.619.435-15

7 - Profissão:

Almador

8 - Endereço:

Rua Orlando Ferreira dos Santos

9 - Número:

23

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Industrial

12 - Cidade:

Macaji

13 - Estado:

Sergipe

14 - CEP:

49065-036

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(71) 3222-0817

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

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0059

CONTA:

89069-

7

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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)

☐ Divorçado

☐ 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 (ou nascido)?

☐ 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 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.

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Macaji - SE, 27.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)