



**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: 202040600659	Distribuição: 19/06/2020
Número Único: 0024839-21.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Material - Acidente de Trânsito
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Endereço: RUA B 1

Complemento: AP 204

Bairro: SÃO CONRADO

Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49012844

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

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

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:

202040600659

DATA:

04/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200731155002862 às 15:50 em 31/07/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190435912 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS PEREIRA SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, PÁGINAS 04 E 05, DR. MASAYUKI ISHI, CRM/SE 1276, 11/06/2019.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR (3150353532 - 10/09/2014) EM R\$ 4.725,00 PARA A QUANTIFICAÇÃO DA SEQUELA EM GRAU MODERADO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO (50%). SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PRESENTE EM LEI VIGENTE, SINISTRO ATUAL 0%. POR INCONSISTÊNCIA DO SISTEMA ONDE ESTÁ ESCRITO ANATÔMICA, LEI -SE FUNCIONAL

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 anatômica completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

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: 05/06/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

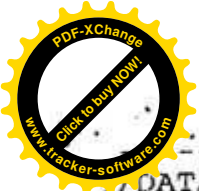
CLIENTE: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02382

CONTA: 000000034468-6

Nr. da Autenticação F7693BF7C66985A2



DATASUS HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES PULSAO NUCLEO HOSPITALAR DE

No. DO BE: 1053725 DATA: 10/09/2014 HORA: 11:57 USUARIO: AJPSANTOS
CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA.

DIGITADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : DOUGLAS PEREIRA SANTOS
IDADE : 32 ANOS NASC: 22/03/1982
ENDERECO : RUA F 9
COMPLEMENTO :
MUNICIPIO : ARACAJU
NOME PAI/MAE : NIVALDO
RESPONSAVEL : O PROPRIO
PROCEDENCIA : ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO : ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO
ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

ELETRICIDADE: 57566203
EXAME: DOCTADOIS
Data: 10/09/2014
HORA: 11:57
UF: SE
/ MEDIC: 259
CRM: 259
TEL....:

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: *Informação given a motorist
Escondido primeiro no acostado e a pulso e
sem sinal de vida e feto*

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO HORARIO DA MEDICACAO

*Rx no cotovelo direito PP-Peng
no pulso esquerdo PP-Peng - sem
fratura desviada
cabeça no mínimo 0*

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

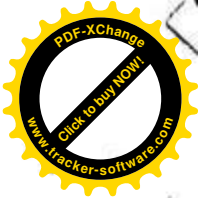
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [X] IME [] ANAT. PATC

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Radio 10/9/14



Grupo Brasileiro de Classificação de Risco		Registro Paciente		Data: / /		Idade: anos		24 FEV 2015		RIO DE JANEIRO		SABEMI SEGURADORA S/A	
Nome:		Sexo:		Data de Nascimento:		Data:		Data:		Data:		Data:	
Chegada:		Meios próprios		SAMU		Corpo Bombeiros		Data:		Data:		Data:	
Classificação de Risco		Classificação de Risco											
Fluxograma:		Fluxograma:		Fluxograma:		Fluxograma:		Fluxograma:		Fluxograma:		Fluxograma:	
Glucose:		mg/dl		Escala de Coma de Glasgow:		Pulso:		bpm		regular		irregular	
Saturação:		%		A.A.c		O2		Temp:		°C		Dor:	
Painel:		Painel:		Painel:		Painel:		Painel:		Painel:		Painel:	
Prioridade:		Prioridade:		Prioridade:		Prioridade:		Prioridade:		Prioridade:		Prioridade:	
Clínica:		Clínica:		Clínica:		Clínica:		Clínica:		Clínica:		Clínica:	
Discriminador:		Discriminador:		Discriminador:		Discriminador:		Discriminador:		Discriminador:		Discriminador:	
Reclassificação:		Reclassificação:		Reclassificação:		Reclassificação:		Reclassificação:		Reclassificação:		Reclassificação:	
Fluxo interno:		Fluxo interno:		Fluxo interno:		Fluxo interno:		Fluxo interno:		Fluxo interno:		Fluxo interno:	
Classificador:		Classificador:		Classificador:		Classificador:		Classificador:		Classificador:		Classificador:	



ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE



AGENDAMENTO CIRÚRGICO - ORTOPÉDICO

ENCAMINHO O PACIENTE: Diego Pires Pereira Santos

PARA REALIZAR CIRURGIA ORTOPÉDICA DE: fratura
do pé

NO HOSPITAL Cirurgia - AV. Desembargador Ruyton
~~XADATA~~ Preceção infª Luciane, gestã
de leito

ORIENTAÇÕES: Entrada UVA.

2º - Chegar ao Hospital na data mencionada às 16:30 da manhã em 15/11/14
e permanecer no hospital até a data da cirurgia, uma dia anterior da data cirúrgica a partir
das 23:00hs);

3º - Levar os exames pré-operatórios necessários: RX da fratura, ECG, Eco
(quando acima de 60 anos), Hemograma, Coagulograma, Ureia e Creatinina.

10109 / 19.

Rosária Regier
SECRETÁRIO DE AGENDAMENTO CIRÚRGICO





FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

NOME: ELUCIAS PEREIRA SANTOS

RELATÓRIO MÉDICO

O POR WAPACIADO COM
MAQUINADO DE TRAUMA DAS
CABEÇAS DO RADIOMIA RES-
H. 200 MAT. G. W. 4. 100 FOR
10/05/14. DNAL -
M. 12. 12. 12. 12. 12. 12.

CID: S-SW

[Handwritten signature]

Dr. Antonio E. Lora Arce
Fisioterapia - Ortopedia
CREA 2003 - TEOT 6324

Av. Desembargador Maynard, nº 174 - tel.: 2106-7312
CEP - 49005-210 - Aracaju - SE

MOD-022 HCAL

24 FEV 2015

RIO DE JANEIRO

NOME: _____

Neufan Pereira Sá

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

1- ADMISSÃO:

15/09/14

2- CIRURGIA:

15/09/14

3- ORTOPEDISTA:

Curion Lima

REVISÃO:

109/14

Hora:

AMBULATÓRIO DE ORTOPEDICA

Hospital de Cirurgia

LIGAR: 2106 7324

4- ORTOPEDISTA

Curion Lima

CID10:

S520

☒ Curativo diário no posto de saúde

☒ Retirar os pontos com 15dias

☒ Fazer uso dos medicamentos

☒ Não pisar até ordem médica

☒ Não cruzar as pernas até ordem médica

☒ Não tirar tipóia até ordem médica

☒ Se necessário, pegar relatório na 1ª revisão

☒ Retornar a unidade de saúde em caso de

anormalidades



ATESTADO



Atestamos para os devidos fins que o(a) Senhor(a)

Neufan Pereira Sá

impossibilitado(a) de exercer suas atividades laborativas por um período de *30 (trinta) dias* por motivo de *S520* a partir desta data.

Aracaju/SE, *15/09/14*

[Signature]



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NÚCLEO
DE CONTROLE, AUDITORIA, AVALIAÇÃO E
REGULAÇÃO

281410061426-0

UDE

NUCCAR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nº D

808850

Nº DO LAUDO:

Nº DO LAUDO SUPLEMENTAR:

Nº DO CARTÃO SUS OU CPF:
700404944590343/30885040880

UNIDADE DE ORIGEM

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

13.016.332.0001-06

UNIDADE DE DESTINO

FUNDAÇÃO DE BENEFICÊNCIA HOSPITAL DE CIRURGIA

CÓDIGO DA UNIDADE

CNPJ

13.016.332.0001-06

DADOS DO PACIENTE

NOME DO(A) PACIENTE

DOUGLAS PEREIRA SANTOS

DATA DO

NASCIMENTO

22/03/1982

NOME DA MÃE

IREDA PEREIRA SANTOS

SEXO

MASCULINO

NATURALIDADE(CIDADE/UF)

ARACAJU

DOC. DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR

337566203 SSP/SE

ENDEREÇO(RUA,Nº,BAIRRO)

CAB. VALBERTE DIAS SOARES BLOCO 11 AP 204, São

MUNICÍPIO ONDE RESIDE

ARACAJU / SE

CEP

49040000

Condição

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA

HORÁRIO

CARÁTER

TIPO LEITO

LEITO

ENFERMARIA

C.P.F. DIRETOR CLÍNICO
6.949.550.553-4

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FRATURA CABEÇA RÁDIO @ cl de mão

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hx + quadro clínico

PRINCIPAIS RESULTADOS E PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL(Suspeita Diagnóstica)

FRATURA RÁDIO @

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Procedimento para fratura radio

CID 10(do diagnóstico final)

S52.0

DIAGNÓSTICO FINAL (Responsabilidade do Médico que acompanha o paciente)

FRATURA CABEÇA RÁDIO @

DATA DA EMISSÃO DO LAUDO

15/01/14

CPF DO MÉDICO QUE SOLICITA O PROCEDIMENTO

60981010-30

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

640802091-5

Médico que Solicita a Internação(Assinatura e Carimbo)

CLÍNICAS

☒ 1-CIRÚRGICA☐ 2-OBSTÉTRICA☐ 3-CLÍNICA MÉDICA☐ 4-CUIDADOS PROLONGADOS☐ 5-PSIQUIÁTRICA☐ 6-TSOPNEUMO☐ 7-PEDIÁTRICA☐ 8-REABILITAÇÃO

SIS/PRÉ-NATAL

Nº DE CADASTRO DA GESTANTE

Nº DO CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Assumo inteira responsabilidade pela
veracidade das informações e dados apostos
neste laudo, sob pena das sanções legais

RESPONSABILIDADE DO NUCCAR

PROBLEMA

☐ SIM☒ NÃO

TIPO

SITUAÇÃO DO LAUDO

☐ APROVADO☐ REJEITADO

☐ MUDAR O CÓDIGO DE
PROCEDIMENTO PARA:

MÉDICO SUPERVISOR(ASSINATURA E CARIMBO)

MÉDICO AUTORIZADOR(ASSINATURA E CARIMBO)

CPF/MÉDICO AUTORIZADOR

Prof. Max Franco de Carvalho
Doutor em Ortopedia
Coluna Vertebral / Ortopedia
CRM-SE 1078

24 FEV 2015

Nº DE LAUDO

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2015

Carta nº: 7139283

A/C: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Sinistro: 3150353532
Vítima: DOUGLAS PEREIRA SANTOS
Data Acidente: 10/09/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **DOUGLAS PEREIRA SANTOS**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000002382**

Conta: **0000034468-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Douglas Pereira Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua B, 150 Cond Pedro Barreto, Bl 11 Ap 2
Sao Conrado Aracaju SE CEP: 49042-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 337566203
Data local do exame: [28/05/2015] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RÁDIO) À DIREITA.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE PÓSTERO LATERAL DO ANTEBRAÇO E COTOVELO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/-4), PRESENÇA DE DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO.**

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

O PERICIANDO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2014 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADO E SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 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

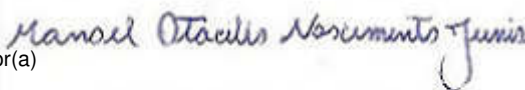
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150353532

Cidade: Aracaju

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Data do acidente: 10/09/2014

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COTOVELO (CABEÇA DE RÁDIO) À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE PÓSTERO LATERAL DO ANTEBRAÇO E COTOVELO, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4), PRESENÇA DE DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO

Resultados terapêuticos: OI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 10/09/2014 E RECEBEU ALTA NO MESMO DIA. FOI REINTERNADO E SUBMETIDO A REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO PELA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/+4), CREPITAÇÃO E SEMI FLEXÃO CONTÍNUA NA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS DA ARTICULAÇÃO DO COTOVELO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel O Nascimento Jr

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DOUGLAS PEREIRA SANTOS

PORTADOR(A) DO RG Nº 337566203 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E

CPF 3001250402-00 /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (OP. 013)
BANCO 104 • AGÊNCIA 2322 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 34462-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL ARACAJU-SE DATA 12/02/15

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Douglas Pereira Santos

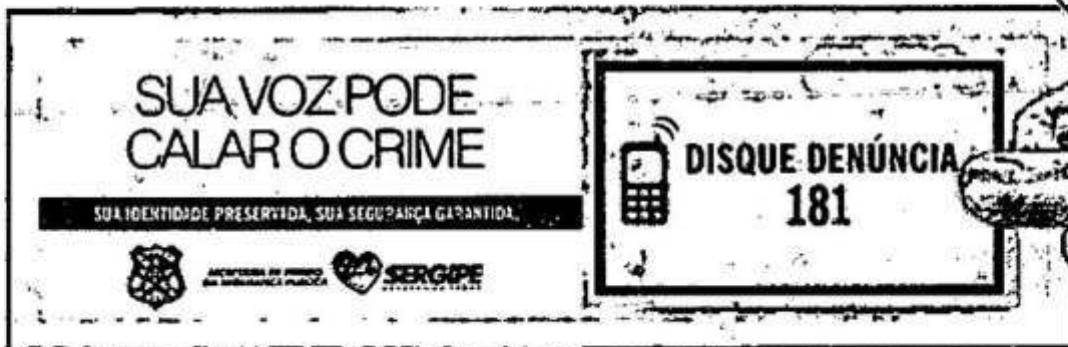
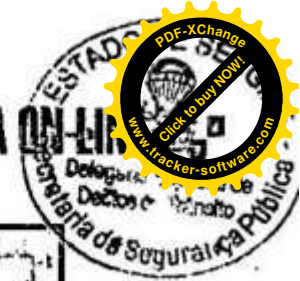
! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

POLÍCIA

DOCUMENTO 1
T146

DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79)3198-1120

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2015/06515.0-000250

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (79)3198-1120

FATO

Data e Hora do Fato: 10/09/2014 - 11:30 até 10/09/2014 - 11:30

Endereço: AV. HERMES FONTES, PERTO DO POSTO SINHAZINHA Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Salgado Filho Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: DOUGLAS PEREIRA SANTOS

Nome do pai: NIVALDO CARMO SANTOS Nome da mãe: IREDA PEREIRA SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 308.850.408-80 RG: 337566203 UF: SP Órgão expedidor: SSP-SP

Naturalidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Data de nascimento: 22/03/1982 Sexo: Masculino Cor da cútis: Parda

Profissão: MOTOBOY Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA B, CONDOMINIO. PEDRO BARRETO BL. 11 APT. 204 CJ. ORLANDO DANTAS Número: 150
Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: SÃO CONRADO Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: ACADEMIA JURANDI MOURA Telefone: 79 9935-6569

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: 1 corporal-enviar laudo del. transito - DOUGLAS PEREIRA SANTOS

HISTÓRICO

A vítima noticiante disse que no dia hora e local acima citados, pilotava a motocicleta PLACA IAE-2142, EM NOME DE WALDISSON JOSÉ DOS SANTOS, HONDA/CG 150, ANO 2008, COR PRETA, CHASSI 9C2KC0850BR039049, quando um carro não identificado tentou mudar de faixa, invadindo a preferencial da moto, ocasionando uma colisão, com o impacto a vítima perdeu o controle e caiu na via, sofrendo fratura no braço direito, a vítima deu entrada em veículo particular para o hospital de Urgência de Sergipe, realizou exames após foi submetido a intervenção cirúrgica no Hospital Cirurgia. Pelo exposto, solicita as providências.

Data e hora da comunicação: 30/01/2015 às 14:11

Última Alteração: 30/01/2015 às 14:18.

Douglas Pereira Santos
DOUGLAS PEREIRA SANTOS
Responsável pela comunicação

Marta Regina Sobral de Andrade
Marta Regina Sobral de Andrade
Responsável pelo preenchimento



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DOUGLAS PEREIRA SANTOS, portador, da carteira de identidade nº 337566203 e inscrito no CPF/MF sob o nº 3088504108-80 residente e domiciliado na RUA B, 150, COND. PEDRO BARRETO, BL. II, APTº 204 Cidade ARACAJU Estado SERGIPE 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 12/02/2015

Local e data





CATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES

NUCLEO HOSPITALAR

No. DO BE: 1053725 DATA: 10/09/2014 HORA: 11:57 USUARIO: AJP SANTOS
CN3: SETOR: 05-ORTOPEDIA.

DIGITADO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE
NOME : DOUGLAS PEREIRA SANTOS
IDADE.....: 32 ANOS NASC: 22/03/1982
ENDERECO.....: RUA F 9
COMPLEMENTO....
MUNICIPIO.....: ARACAJU
NOME PAI/MAE...: NIVALDO
RESPONSAVEL...: O PROPRIO
PROCEDENCIA...: ARACAJU - CAPITAL
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO
ELETROCARDIOGRAMA
DOCTA: 87566203
SEXO: 14 MASCULIN
NUMERO: 259
BAIRRO: SOCORRADO
UF: SE
CIDP:
TEL...:
TRAUMA: 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: / /
Anamnese: fratura no cotovelo da perna e
sem lesao no resto do membro inferior direito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: fratura no cotovelo da perna e
sem lesao no resto do membro inferior direito

DIAGNOSTICO: CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

2x 10 cotovelos com AP-Perg
1x 10 perna esquerd AP-Perg - sem
fratura desviada
cabeça no membro superior

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

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):
OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [X] IME [] ANAT. PATC
A perna 24
Cirurgia

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Assinatura do médico: [assinatura]