

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DENY FREITAS RESENDE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00822-2

CONTA: 000000017516-1

Nr. da Autenticação 7AC0D02ADE4C3F87

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200055109 **Cidade:** Porto da Folha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DENY FREITAS RESENDE **Data do acidente:** 27/10/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 2º A 5º METATARSOS DIREITOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

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 LEVE DO PÉ DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200055109

Vítima: DENY FREITAS RESENDE

Data do Acidente: 27/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DENY FREITAS RESENDE

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **DENY FREITAS RESENDE**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000000822-2**

Conta: **0000017516-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNADOR DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

DENY FREITAS RESNDA

Politérico Médico

Paciente atendido em 23/10/19 com
fraturas múltiplas no pé direito.

Tratamento com imobilização gipsada

por 60 (sessenta) dias.

cid: S92.7

Data: 07/11/19

Ulisses Leite
Hospital - Traumatologia
CRMSE 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

O BE: 738573

DATA: 27/10/2019 HORA: 11:45 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: DENY FREITAS RESENDE DOC...:
.....: 20 ANOS NASC: 20/10/1999 SEXO...: MASCULINO
ECO.....: AV, MENERVINO FARIAS LIMA NUMERO: 1404
EMENTO...: CASA BAIRRO...: CENTRO
PIPIO.....: PORTO DA FOLHA UF: SE CEP...: 49800-000
PAI/MAE...: JOSE CARLOS RESENDE /ERIVANIA FREITAS RESENDE
NSAVEL...: O IRMAO TEL...:
DENCIA...: PROPRIA-SE
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

S COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

Acidente motociclista W56, Town Hall 5144-70, 46 B.
Rao X

COES DA ENFERMAGEM:

DIPLOMA
OSTICO: *fract 5, 2°, 3°, 4°, 5° Metacarpo 5° pé* CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Calma deitado**avulsão cuneiforme sacral*A SAIDA: *27/10/19*

HORA DA SAIDA: :

[X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

ACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

TURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ulisses Leite
Ortopedia Traumatologia
CREMSE 3245



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PORTO DA FOLHA-SE

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

24 HORAS

Tel.: (79) 3349-2091

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Henry Freitas Rezende
SEXO: ☐ FEM: ☒ MASC: _____ IDADE: 20 a ESTADO CIVIL: solteiro
ENDEREÇO: Av. Humberto de Farias Lima FONE: _____
RESPONSÁVEL: _____
DESTINO DO PACIENTE: Região de Hospital - Hfr Jalema

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO: Paciente admitido, trazido por terceiros,
história de queda de nido, negando náuseas, vômitos
e dor de cabeça, com dor no pé direito.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Paracetamol 01 amp + Dipirona 01 amp + Tramadol 01 amp
Radiografia de pé: fratura completa de 04 metatarsos,
sem deslocamento.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação Ortopédica

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Tácia Lorena

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

UPA 24h

UNIDADE HOSPITALAR

Porto da Folha, 27/10/19

LOCAL E DATA

Dra. Tácia Lorena Resende Ferreira
MÉDICA
CRM 6206

ASS. DO MÉDICO

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 12.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CII. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECLAMOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

161.25535.15-1

8145434

0050

SE

Deny Freitas Resende



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



DENY FREITAS RESENDE

FILIAÇÃO: ERIVANIA FREITAS RESENDE

JOSE CARLOS RESENDE

NASCIMENTO: 20/10/1990

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: PORTO DA FOLHA - SE

DOCUMENTO: R.G. - 35433770 - 2501/0015 - BSP - SE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 081.859.025-07

TÍT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: AN-SE - ROSA SENHORA DA GLÓRIA

DATA DE EMISSÃO: 23/01/2018

ZONA:

Cartão Deny Freitas Resende
Cartão Deny Freitas Resende
Sua qualificação é válida em todo o Brasil

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

LEGENDA

A - OBRIGADO | C - OBRIGADO | L - RECONHECIMENTO DE IDENTIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - INFLUÊNCIA | D - ADOÇÃO | T - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



GOVERNADOR DO ESTADO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ
SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO

DENY FREITAS RESNDA

Politério Médico

Paciente atendido em 23/10/19 com
fraturas múltiplas no pé direito.

Tratamento com imobilização gipsada

por 60 (sessenta) dias.

cid: S92.7

Data: 07/11/19

Ulisses Leite
Hospital - Traumatologia
CRMSE 3245

Médico (Assinatura e Carimbo)

O BE: 738573

DATA: 27/10/2019 HORA: 11:45 USUARIO: MDSILVA
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

: DENY FREITAS RESENDE DOC...:
.....: 20 ANOS NASC: 20/10/1999 SEXO...: MASCULINO
ECO.....: AV, MENERVINO FARIAS LIMA NUMERO: 1404
EMENTO...: CASA BAIRRO...: CENTRO
PIPIO.....: PORTO DA FOLHA UF: SE CEP...: 49800-000
PAI/MAE...: JOSE CARLOS RESENDE /ERIVANIA FREITAS RESENDE
NSAVEL...: O IRMAO TEL...:
DENCIA...: PROPRIA-SE
IMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

S COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__

Acidente motociclista W56, Town Hall 5144-70, 46 B.
Rao X

COES DA ENFERMAGEM:

DIPLOMA
OSTICO: *fract 5, 2°, 3°, 4°, 5° Metacarpos pé* CID:
PRESCRICAO | HORARIO DA MEDICACAO*Calma deitado**analgia eivada sacro*A SAIDA: *27/10/19*

HORA DA SAIDA: :

[X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
ACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

ERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

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

TURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ulisses Leite
Ortopedia Traumatologia
CREMSE 3245



SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PORTO DA FOLHA-SE

UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

24 HORAS

Tel.: (79) 3349-2091

GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

UPA
24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

DADOS DO PACIENTE:

NOME: Henry Freitas Rezende
SEXO: ☐ FEM: ☒ MASC: _____ IDADE: 20 a ESTADO CIVIL: solteiro
ENDEREÇO: Av. Humberto de Farias Lima FONE: _____
RESPONSÁVEL: _____
DESTINO DO PACIENTE: Região de Hospital - Hfr Jalema

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO: Paciente admitido, trazido por terceiros,
história de queda de nido, negando náuseas, vômitos
e dor de cabeça, com dor no pé direito.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Paracetamol 01 amp + Dipirona 01 amp + Tramadol 01 amp
Radiografia de pé: fratura completa de 04 metatarsos,
sem deslocamento.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avaliação Ortopédica

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: Tácia Lorena

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

UPA 24h
UNIDADE HOSPITALAR

Porto da Folha, 27/10/19
LOCAL E DATA

Dra. Tácia Lorena Resende Ferreira
MÉDICA
CRM 6206
ASS. DO MÉDICO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 132665/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 16/12/2019 10:12 Data/Hora Fim: 16/12/2019 10:26
Origem: Pessoa Física - Particular
Delegado de Polícia: Neilton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Porto da Folha

Data/Hora do Fato: 27/10/2019 07:00

Local do Fato

Município: Porto da Folha (SE)
Logradouro: Povoado Canudos

Bairro: Outros Povoados

CEP: 49.800-000

Ponto de Referência: Próximo ao Povoado Canudos
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: DENY FREITAS RESENDE (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: SE - Porto da Folha	Sexo: Masculino	Nasc: 20/10/1999
Profissão: Estudante			
Estado Civil: Sem Informação			
Nome da Mãe: Erivanira Freitas Resende	Nome do Pai: Jose Carlos Resende		

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 081.869.025-97
RG - Carteira de Identidade: 38433770

Endereço

Município: Porto da Folha - SE
Logradouro: Avenida Minervino Farias Lima
Bairro: Centro
Telefone: (79) 99961-5644 (Celular)

Nº: 1404

CEP: 49.800-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 005.212.315-40	Placa QKZ7692
Renavam 01117929075	Número do Motor KC22E1H018366
Número do Chassi 9C2KC2210HR018351	Ano/Modelo Fabricação 2017/2017
Cor PRETA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Porto da Folha	Marca/Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX
Modelo HONDA/CG 160 TITAN EX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 24/05/2017	Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil: Neilton Rodrigues Dos Santos
Impresso por: Neilton Rodrigues Dos Santos
Data de Impressão: 16/12/2019 10:26
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 132665/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Deny Freitas Resende	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Informa o Noticiante que na data supracitada vinha do Povoado Canudos em direção a Cidade de Porto da Folha/Sergipe quando a motocicleta derrapou e o Noticiante acabou caindo. Que em decorrência do acidente teve uma fratura no pé direito e algumas escoriações pelo corpo. Que a motocicleta é de propriedade do primo do Noticiante o senhor Alisson Dayis R. dos Santos. Que um colega do Noticiante foi quem o levou para o hospital da cidade de Porto da Folha, onde foi feito os primeiros atendimentos médicos, porém o Noticiante fora transferido para o Hospital localizada na cidade de Propriá/SE. Que segue os dados da motocicleta: Placa QKZ7692, Chassi 9C2KC2210HR018351, Núm. Motor KC22E1H018366, Renavam 01117929075. Que registra esse Boletim de Ocorrência para da entrada no seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Neviton Rodrigues dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936969

Neviton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Matrícula 936969
Responsável pelo Atendimento

x Deny Freitas Resende

Deny Freitas Resende
(Comunicante / Vítima)

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