



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA**  
**Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202080000812	Distribuição: 15/06/2020
Número Único: 0000798-98.2020.8.25.0062	Competência: Porto da Folha
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

**Assuntos**

- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita  
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

**Dados das Partes**

Requerente: DENY FREITAS RESENDE  
Endereço: AV. MINERVINO FARIAS DE LIMA  
Complemento:  
Bairro: CENTRO  
Cidade: PORTO DA FOLHA - Estado: SE - CEP: 49800000  
Requerente: Advogado(a): JOSÉ JEOVANY DA SILVA 12367/AL  
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**

**PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA  
Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

PORTO DA FOLHA DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA  
Rua Augusto César Leite, Bairro Centro, Porto da Folha/SE, CEP 49800000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202080000812

**DATA:**

10/08/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200810115701757 às 11:57 em 10/08/2020.

**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: 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: **00000822-2**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





GOVERNADOR DO ESTADO  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
SÃO VICENTE DE PAULO**

**RECEITUÁRIO**

DENY FREITAS RESNDA

Palatário 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 Leito  
Hospital - Traumatologia  
CREMESP 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  
 IPIO.....: 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

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

CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_/\_\_/\_\_

*Acidente motociclista 1056, Town Hall 5121-70, 16.8*  
*RAIO X*

COES DA ENFERMAGEM:

OSTICO: *fract 5, 2°, 3°, 4°, 5° Metacarpos 5°* CID: *D121.70*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Calma 5x1000**analgesia eivartina 500mg*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

SIGNATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Ulisses Leite*  
 Ortopedia Traumatologia  
 CREMSE 3245







**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 + Tramal 01 amp  
Radiografia de pé: fratura completa de 04 metatarsos,  
sem deslocamento.

**MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:**

Análise 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 e 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 - 2501/2015 - 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: 29/01/2018

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

patológico 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 Leito  
Hospital - Traumatologia  
CREMSE 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  
 IPIO.....: 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 5141-70, 46 B.*  
*Rao X*

COES DA ENFERMAGEM:

OSTICO: *fract 5, 2°, 3°, 4°, 5° Metacarpos pé* CID: *D141.70*

PRESCRICAO	HORARIO DA MEDICACAO
<i>Calma sem nada</i>	
<i>analgia eivada sem nada</i>	

SAIDA: *27/10/19* HORA DA SAIDA: :  
☒ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASAO ☐ DESISTENCIA  
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO  
 ACACAO 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*  
 Oncoped. Traumatologia  
 CREMESE 3245





**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:**

Análise 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 deli origem, conforme previsto nos artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."