



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ**  
**Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Dados do Processo**

Processo: 202060000705	Distribuição: 24/06/2020
Número Único: 0000685-33.2020.8.25.0002	Competência: Aquidabã
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: JOAO PAULO DE SOUZA

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: AQUIDABA - Estado: SE - CEP: 49790000

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**

**AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ**  
**Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**Processos Apensados:**

--

**Processos Dependentes:**

--



Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe

AQUIDABÃ DA COMARCA DE AQUIDABÃ  
Praça Eduardo Chaves, Bairro Centro, Aquidabã/SE, CEP 49790000  
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

**PROCESSO:**

202060000705

**DATA:**

01/09/2020

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901120102106 às 12:01 em 01/09/2020.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DE SOUZA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01399-4

CONTA: 000010018089-2

---

Nr. da Autenticação 726BFE756B561895

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190697699 **Cidade:** Canhoba **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO PAULO DE SOUZA **Data do acidente:** 27/09/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**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 DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG 1/10/11/16\_CIRURGIA

**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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RELATÓRIO

O (a) paciente João Paulo de Souza

foi atendido (a), na unidade dia 27, 09, 19

tendo sido submetido (a) tratamento ☒ cirúrgico ( ) conservador de Fratura da

perna ES9 com Fix Ext.

SAÚDE PÚBLICA

REPOUSO POR 180 dias

CID S 820

ARACAJU, 30, 09, 19

  
DR. SÉRGIO CAVALCANTI M. DE MELO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - 1822 TEOT - 6348

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 58928

DATA: 27/09/2019 HORA: 11:13 USUARIO: ISINACIO

CNS: SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO DE SOUZA DOC...:  
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998 SEXO...: MASCULINO  
ENDereco.....: POV MOITA REDONDA NUMERO:  
COMPLEMENTO...: 708508324157579 BAIRRO: ZONA RURAL  
MUNICIPIO.....: AQUIDABA UF: SE CEP...: 49790-000  
NOME PAI/MAE...: CELSO DE SOUZA /VALDICE NARCIZA DOS SANTOS SO  
RESPONSAVEL...: JOAO BATISTA IRMAO TEL...: 79/9651846  
PROCEDENCIA...: AQUIDABA 0  
ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
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:

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

[ ] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO





## FICHA DE ATENDIMENTO

## ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - SISTEMA DE MANCHESTER

NOME DO PACIENTE (Sem abreviações):

REGISTRO:

IDADE:

ETNIA:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE:

HORA:

SITUAÇÃO / QUEIXA:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ALUXOGRAMA:

DISCRIMINADOR:

ALERGIAS (MEDICAMENTOS E ALIMENTOS):

VERMELHO	ARANJA	AMARELO	VERDE	AZUL
MUITO URGENTE	URGENTE	POUCO URGENTE	NÃO URGENTE	
0 MIN	10 MIN	60 MIN	120 MIN	240 MIN

OBSERVAÇÃO:

DESTINO / ENCAMINHAMENTO:

CPF:

COREN:

ASSINATURA:

COORDENADOR:

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

HORA: \_\_\_\_:\_\_\_\_ h

CLASSIFICAÇÃO PARA A PRIORIDADE:

DISCRIMINADOR

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

ENF.:

COREN:

CONFIRMADA IDENTIFICAÇÃO COM O PACIENTE / FAE / PULSEIRA? (S/N)

LOCAL DA PULSEIRA? (S/N)

QUAL MEMBRO? (PULSO E / PULSO D / TORNOZELO E / TORNOZELO D)





HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ  
SÃO VICENTE DE PAULA  
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

02

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOÃO PAULO DA SILVA

SEXO: Masc. (☒) Fem. (☐) IDADE: 20 ANOS CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE ORIGEM: \_\_\_\_\_ SETOR DO HOSPITAL: \_\_\_\_\_

QUADRO CLÍNICO

FRATURA EXPOSTA 513-100 PLANA E FLEXIONADA  
NO BASTA MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA PLANA E FLEXIONADA

TRATAMENTO INSTITUÍDO ATÉ O MOMENTO

MEDICAÇÕES UTILIZADAS:

ANALGÉSICO 01 AMP. IM  
ANTIBIÓTICO, CURATIVO, CALÇA G. PLANA

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS (Resumo dos resultados):

RADIO X PLANA E FLEXIONADA 2P

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

HOSPITAL DE DESTINO DO PACIENTE: HUP

DATA DA TRANSFERÊNCIA: 27/09/19 HORA DO CONTATO: \_\_\_\_\_

MOTIVOS DA TRANSFERÊNCIA: (☐) Falta de Vaga (☐) Hemoderivados

(☒) Procedimento Especializado TRATAMENTO CIRÚRGICO  
(☐) Falta de Recurso \_\_\_\_\_  
(☐) Equipe Incompleta \_\_\_\_\_  
(☐) Outros \_\_\_\_\_

CONTATO: \_\_\_\_\_ HORA DO CONTATO: \_\_\_\_\_

VEÍCULO UTILIZADO: Ambulância do Hospital (☐) Amb. do Município (☒) SAMU: USB: (☐) USA: (☐)

- SOMENTE PREENCHER ESTA FICHA SE O PACIENTE FOR TRANSFERIDO NOS TRANSPORTES ACIMA CITADOS;
- MÉDICO/ENFERMEIRO FAVOR ESPECIFICAR O MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA DA MELHOR FORMA POSSÍVEL, DESCREVENDO OS MOTIVOS ABRANGENTES NAS LINHAS CORRESPONDENTES;
- É MUITO IMPORTANTE A IDENTIFICAÇÃO DO TRANSPORTE UTILIZADO;
- É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS DESSE QUADRO DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA;
- SEMPRE FAZER A GUIA DE TRANSFERÊNCIA EM DUAS VIAS;

ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO SETOR  
(ASSINATURA E CARIMBO)

MÉDICO SOLICITANTE  
(ASSINATURA E CARIMBO)

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE  
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA  
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

30

DATA: 30/09/2019

° DIH

NOME: João Paulo de Souza 20 a

DIAGNÓSTICO: FE com 309 Reduzido

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g IV 6/6hs	
4º.	
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD IV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs SOS	
6º. Nausebron 8mg IV 08/08hs SOS	
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg IV ou VO às 6hs	
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% IV ou VO 8/8hs SOS	
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% IV 12/12hs SOS	
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	
11º. Luftal 40 gts VO de 8/8 hs SOS	
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13º. Dextro 6/6hs se Diabético	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 – 250: 02UI 251 – 300: 04UI 301 – 350: 06UI 351 – 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	12 18 24 06
17º Óleo Mineral ,ou Lactulona 20 MI, VO se não apresentar dejeções	
18º	
19º	
20º	
21º	
22º	

EVOLUÇÃO:

Luciene E. dos Santos  
Enfermeira  
CRM 13.002

Dr. Sérgio Cavalcanti  
CRM 1822

Nome do Paciente: João Paulo de Souza

Página: 1

Unidade de Produção:

Idade: 20 anos

Sexo: M

Leito:

Nº do Prontuário: 6644

27/03/19

Admissão

\* Fratura exposta da tíbia e fíbula esquerdas  
(Gustilo e Anderson tipo II)

Paciente em tempo de internação com status  
nervoso estável. História de trauma recente. Exame  
clínico: membro inferior esquerdo com ferida  
perforante e exposta de nível da linha distal  
da tíbia esquerda.

Radiografia revela fratura comminada  
na tíbia e fíbula da diáfise. A linha distal  
na tíbia. Linhas de fratura subcutâneas e tendíneas.  
Circunferência do fêmur exposta com fissura  
externa distal e linha na tíbia proximal.  
Pneumotórax sem consolidações.  
Pneumoperitônio com consolidações e hemorragias.  
Pneumoperitônio sem consolidações.  
Pneumoperitônio sem consolidações.

João Ferreira Alves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-SE 2486 TEOT-8807 10634





GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

06

Nome do Paciente: <b>JOAO PAULO DE SOUZA</b>	Idade: <b>20</b>	Sexo: <b>M</b>
Unidade de Produção: <b>SIPA / UPE</b>	Leito: <b>04</b>	Nº do Prontuário: <b>6644</b>

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
27/9	16h	Paciente admitido no SIPS, na ma- ca em leitoito dorsal, calma, hie- tado 2/AVP no MSE, seg. a unidade da equipe.
	18h	Administrado medicações de hora- rio conforme prescrições, seg. man- tendo o mesmo quadro clínico.
27/9	18:10	Visto do p. cirurgião de ombro direito e de p. cirurgião de punho direito em leito de sup com sondagem + fixação e de MSE. Medicação administrada no leito segue em observação de enfermagem.
27/9	20h	Paciente no leito, calma, consciente, orientado temporalmente, responde ao uso de medicação, seg. a unidade da equipe.
	24h	Administrado medicações prescritas — seg. a unidade
	04:00	Administrado medicações prescritas — seg. a unidade
	06:00	Paciente foi medicado. — x Sente
	06:00	Paciente foi medicado. — x Sente
28/9	7:00	No leito, consciente, orientado temporalmente, responde a medicação, seg. a unidade.
	8:00	Realizado curativo + medicação de hora- rio — seg. a unidade
	16h	Administrado medicação de hora- rio — seg. a unidade
	18:00	Segue mantendo quadro clínico, ad- ministrado medicação de hora- rio — seg. a unidade
28/9	20h	Paciente em leito, VE em AA, supine, a seguir adm medicação de hora-rio — seg. a unidade

Deberton S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-SE 342

09/19 02h Adm. medicação de horário - T.E. Suzana -  
 04:00 Administrado medicação de horário. T.E. Suzana -  
 06:00 Administrado medicação de horário, conforme prescrição médica T.E. Suzana -  
 08h Pte. no leito, calmo, consciente, Orientado, eupneico, com SVP hidrolisado segue mantendo quadro Clínico -  
 10h Realizado Curativo Cirúrgico com pouca secreção sangüinolenta -  
 12h administrado medicação de horário -  
 15:00 Acitou dieta v.o. T.E. Suzana -  
 18h Pte. segue mantendo quadro Clínico -  
 20h Pte. no leito, calmo, consciente, Orientado, eupneico, com SVP hidrolisado, administrado medicação de horário -  
 20:20 Encaminhado enfermaria -  
 20:30 Paciente admitido neste setor, procedente da UPC, encontra-se: consciente, orientado, eupneico, acianótico. T.E. Lina Gleide -  
 22h Pte. mantendo quadro -  
 24h Pte. eupneico, acianótico, sonolento no momento. T.E. Lina Gleide -  
 06h Pte. consciente orientado, eupneico, acianótico. Administrado medicações de horário. T.E. Lina Gleide -  
 08h Paciente de alta hospitalar, aguardando transporte, feito medicação de horário e curativo em MI. T.E. Lina -  
 10h Entrega em unidade hospitalar em caráter de alta, acompanhado por família e mãe. T.E. Lina -





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

### FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: João Paulo de Souza  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta da tíbia e fíbula - t.p.m.  
 CIRURGIA REALIZADA: osteotomia de Langer - fratura com redução  
 CIRURGIÃO: Dr. João Paulo de Souza  
 AUXILIARES:  
 ANESTESIA: Rx + qui + anestesia ANESTESISTA Dr. Américo S. S. S.  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: sem

( ) CIRURGIA LIMPA ( ) CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 (X) CIRURGIA CONTAMINADA ( ) CIR. INFECTADA  
 INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? ( ) SIM ( ) NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:  
 ( ) VIAS AÉREAS SUP. ( ) PULMONAR ( ) URINÁRIA ( ) SNC ( ) TGI  
 ( ) CUTÂNEO ( ) AP. CARDIO-VASCULAR ( ) PLEURA ( ) OUTROS

### DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Anestesia em decúbito dorsal horizontal;
  2. Limpeza rigorosa com solução antisséptica;
  3. Abertura da ferida com solução fisiológica 0,9%;
  4. Lavagem da ferida com solução antisséptica;
  5. Redução da fratura;
  6. Fixação com placa e parafusos;
  7. Ferida de saída com sutura e curativo.
1. Placa no fêmur e fixada externamente com 2 parafusos e 1 fio de sutura.
2. Sutura da ferida + curativo e bandagem.
3. Pós-operatório em S.R.P.A.

DATA: 27/09/11

João Ferreira Alves  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-SE 2486 / TEOT-SB01 10634

Assinatura do Cirurgião

MS/DATASUS

## HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 730626  
CNS:DATA: 27/09/2019 HORA: 05:50 USUARIO: FPSANTOS  
SETOR: 01-CLASSIFICACAO DE RISCO

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOAO PAULO DE SOUZA  
IDADE.....: 20 ANOS NASC: 15/11/1998  
ENDERECO.....: POV MOITA REDONDA  
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO:  
MUNICIPIO.....: AQUIDABA  
NOME PAI/MAE...: CELSO DE SOUZA  
RESPONSAVEL....: O IRMAO  
PROCEDENCIA....: PROPRIA-SE  
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)  
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

DOC...:  
SEXO...: MASCU  
NUMERO:  
UF: SE CEP....: 49790-  
/VALDICE NARCIZA DOS SANTO  
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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*fratura da perna tendo sido feita a fixacao  
com placa e parafusos*  
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

## DIAGNOSTICO:

## PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

*Antibiotico, analgico, curativo. Rx perna 2p  
Sufixina 500mg, 12h, 26 dias  
Transferido para clinica*

DATA DA SAIDA: 27/09/19

ALTA: [x] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO HORA DA SAIDA: \_\_\_\_:  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO [ ] DESISTENCIA  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

*João Paulo de Souza*  
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL*Ulisses Leite*  
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Ulisses Leite  
Ortopedia Traumatologia  
CREMESP 3245

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DO ESTADO DE SERGIPE



*João Paulo de Souza*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.718.348-6 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/05/2016

NOME JOAO PAULO DE SOUZA

FILIAÇÃO CELSO DE SOUZA  
VALDICE MARCIZA DOS SANTOS SOUZA

NATURALIDADE PROPRIA-SE DATA DE NASCIMENTO 15/11/1998

DOC ORIGEM CT. NASCIMENTO NR 20923 LV A26 FL 191

CPF CART. DIST. COM. AQUIDAUANA/SE 072.834.755-59

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SE Nº 015545254157 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DETTRAN - SE Nº 015545254157  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 00486590310 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME  
CELSO DE SOUZA  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

CPF / CNPJ 968.261.005-25 PLACA DER 8548

PLACA ANT. / UF DER 8548/SE CHASSI 9C2K00550CR597129

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NEHUMA COMBUSTIVEL ALCO/CASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BRQS EG ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP / POT / CIL 2P/14CV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1ª \*\*\*\*\*

FAIXA I.P.V.A. \*\*\*\*\* PARCELAMENTO / COTAS 2ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESTRICOES FINANCEIRAS OBSERVACOES PRT 118

MOTOR: KD05ESC597129

LOCAL NOSSA SENHORA DAS DORES - RANER MELO SILVA

DIRETOR PRESIDENTE DATA 27/08/2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 27/08/2019

VIA \*\* CPF / CNPJ 968.261.005-25 PLACA DER 8548

RENAVAM 488590310 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BRQS EG

ANO FAB 2012 DATA DE REGISTRO 9C2K00550CR597129

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36,04 DENATRAN (R\$) 4,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40,05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,32 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 84,58

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 26/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04





**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo ) João Paulo de Souza,  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Livrante, portador da cédula  
de identidade RG nº 3.718.348-6, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 072.834.755-59, residente na ( endereço  
completo ) Rua - Mito Andaraí, na cidade de  
Aquidabã, ( UF ) SE, CEP 49790000, nomeio e  
constituo meu procurador, ( nome do representante ) Jose Marcos de O. Rosa  
( nacionalidade ) Brasileiro, ( profissão ) Consultor, portador da cédula  
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.625-00, residente na ( endereço  
completo ) Rua Dos Silos nº 217, na cidade de  
Verão da Plávia, ( UF ) SE, CEP 49680-000, a quem confiro  
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO  
SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) João Paulo de Souza  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

( local e data ) Aquidabã SE, 14-11-2019

( assinatura )

( RG ) 37183486



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )





BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 116789/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/11/2019 09:23 Data/Hora Fim: 06/11/2019 09:29

Delegado de Polícia: Paulo José Barbosa da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Canhoba

Data/Hora do Fato: 27/09/2019 05:50

Local do Fato

Município: Aquidabã (SE)

Logradouro: rodovia graccho a aquidabã

Bairro: Sede

Nº: s/n

CEP: 49.790-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1103: OUTROS FATOS ATÍPICOS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOAO PAULO DE SOUZA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aquidabã

Sexo: Masculino

Nasc: 15/11/1998

Profissão: Agricultor

Estado Civil: Solteiro(e)

Nome da Mãe: Valdice Narciza dos Santos Souza

Endereço

Município: Aquidabã - SE

Logradouro: povoado moita redonda

Complemento: próximo ao arranhento

Nº: s/n

CEP: 49.790-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

QUE, no dia, hora e local acima citados, QUE, estava seguindo via Moita Redonda a Aquidabã, quando colidiu a moto em um buraco causando uma fratura na perna esquerda, moto de marca/modelo: Honda NXR Bros ES, Ano: 2012, Cor: Vermelha, Placa: OER 8548, Chassi: 9C2KRD0560CR597129, Registrada em nome de CELSO DE SOUZA Para fins de DPVAT.



ASSINATURAS

P/ *Ernando F. de Silva*

Mateus de Souza Andrade

Agente de Polícia

Número 110002

Responsável pelo Atendimento

*João Paulo de Souza*

João Paulo de Souza

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) signatário responsável pelas informações acima assentadas e declaro que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, sob pena prevista nos Artigos 339-Deturcação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime de de Caluniação do Código Penal Brasileiro."

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 072.834.755-59 4 - Nome completo da vítima: João Paulo De Souza

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

5 - Nome completo: João Paulo De Souza 6 - CPF: 072.834.755-59  
7 - Profissão: Servidor Público Rondonia 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 2a  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Aquidauana 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49.790-000  
15 - E-mail: marcondes@brasil.com 16 - Tel. (DDD): 79.99189207

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)  
AGÊNCIA: 1399 4 CONTA: 18089 0  
(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 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal  
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: João Paulo De Souza 18.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)