

# 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: 23/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000062482-9

---

Nr. da Autenticação 705E2A952A6E01B4

# 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: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: EDSON DOS SANTOS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000062482-9

---

Nr. da Autenticação 9E35CC33CE04706D

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190618467 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDSON DOS SANTOS PEREIRA **Data do acidente:** 06/06/2019 **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 DO 1/3 MÉDICO DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - COM FIOS DE KIRSCHNER (P8).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO 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 MODERADO DO OMBRO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                            | Em grau médio - 50 %                                          | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                         |                                                 |                                                               | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190618467

**Cidade:** Aracaju

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** EDSON DOS SANTOS PEREIRA

**Data do acidente:** 06/06/2019

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO. FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA. REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU SEVERO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/09/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE ATRAVÉS DE ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL REALIZADA EM 18/12/2019. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO EM GRAU MODERADO. DE ACORDO COM A AVALIAÇÃO MÉDICA PRESENCIAL, VÍTIMA COM COMPROMETIMENTO DE 75% DO OMBRO DIREITO, SENDO ASSIM, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO SEVERO DO OMBRO DIREITO.

## 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 completa da mobilidade de um dos ombros | 25 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 18,75%    | R\$ 2.531,25          |
| Total                                         |                                              |                                                      | 6,25 %    | R\$ 843,75            |

**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: 3190618467

Nome do(a) Examinado(a): EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Coqueiral, 0, , Aracaju/SE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSPSE / 1315570

Data e local do acidente: - Aracaju/SE

Data e local do exame: 01/09/2020 - Aracaju/SE

Coordenadas Geográficas: latitude: -10.91153 , longitude: -37.0702

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DA DIÁFISE DA CLAVÍCULA A DIREITA.

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

O PERICIADO FOI SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DE CLAVÍCULA COM 02 FIOS DE KIRSCHNER, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR DOIS DIAS APÓS A ADMISSÃO, FICOU SENDO ACOMPANHADO EM NÍVEL AMBULATORIAL PELA ORTOPEDIA, REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA NESTE PERÍODO, RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM 14/11/2019 (INFORMADO PELO PACIENTE, SEM COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL). O QUADRO EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro direito apresenta flexão aos 30°, extensão aos 10°, abdução aos 30°, adução aos 10°, rotação medial aos 20°, rotação lateral aos 20°, presença de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO OMBRO DIREITO AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO COM FORÇA MUSCULAR DO BRAÇO DIMINUÍDA (++) EM VIRTUDE DA DOR NO OMBRO, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE SUPERIOR DO OMBRO E CLAVÍCULA, AUMENTO DO VOLUME DE 1/2 DA CLAVÍCULA (CALO ÓSSEO), ATROFIA DA MUSCULATURA DO BRAÇO POR DESUSO, DOR, EDEMA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO OMBRO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ADUÇÃO, ABDUÇÃO, ROTAÇÃO INTERNA E EXTERNA DA ARTICULAÇÃO DO OMBRO (RIGIDEZ ARTICULAR). ÂNGULO DE FLEXÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°) ÂNGULO DE EXTENSÃO DO OMBRO 10° (0° A 45°) ÂNGULO DE ADUÇÃO DO OMBRO 10° (0° A 40°) ÂNGULO DE ABDUÇÃO DO OMBRO 30° (0° A 180°)

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".

**Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190618467**

**Vítima: EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

**Data do Acidente: 06/06/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

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 completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001045**

Conta: **0000062482-9**

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: 4 - Nome completo da vítima:  
994.807.605-25 Edson dos Santos Pereira

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

5 - Nome completo: Edson dos Santos Pereira 6 - CPF: 994.807.605-25  
7 - Profissão: Soldado 8 - Endereço: Rua Equivalência, 100 - Jd. Iguatemi  
11 - Bairro: Povoação 12 - Cidade: Aracaju 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49069-087  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 79.3222-0917

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: 1045 CONTA: 62482 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (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, 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 (vivo/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, Aracaju, SE, 01 de Novembro de 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: 114526/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/10/2019 10:09 Data/Hora Fim: 31/10/2019 10:43  
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 06/06/2019 17:40

Local do Fato

Município: Aracaju (SE)  
Logradouro: Avenida Euclides Figueiredo  
Complemento: Rotatoria

Bairro: Porto Dantas

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: EDSON DOS SANTOS PEREIRA (VÍTIMA , SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Aracaju Sexo: Masculino Nasc: 06/06/1979  
Profissão: Soldador  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Nome da Mãe: Maria José dos Santos Pereira Nome do Pai: Edson Alves Pereira

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 315570  
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 994.807.605-25

Endereço

Município: Aracaju - SE  
Logradouro: R José A dos Santos Nº: 65  
Bairro: Porto D'Antas CEP: 49.067-100  
Telefone: (79) 99878-5656 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR , ENVOLVIDO )

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino

Endereço

Município: Aracaju - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

| Grupo Veículo        | Subgrupo Automóvel/Utilitário/Camioneta/Caminhão |
|----------------------|--------------------------------------------------|
| Descrição carro      | Cor branca                                       |
| Marca/Modelo Palio   | Veículo Adulterado? Não                          |
| Quantidade 1 Unidade | Situação Envolvido, Meio Empregado               |
| Nome Envolvido       | Envolvimentos                                    |
| Desconhecido 1       | Possuidor                                        |



Delegado de Polícia Civil: Daniela Ramos Lima Barreto  
Impresso por: Raimundo Renato Valença Junior  
Data de Impressão: 31/10/2019 10:43  
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: 114526/2019

|                                                |                                                 |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Grupo Veículo</b>                           | <b>Subgrupo</b> Motocideta/Motoneta             |
| <b>CPF/CNPJ do Proprietário</b> 056.574.564-67 | <b>Placa</b> PFA9389                            |
| <b>Renavam</b> 00256770549                     | <b>Número do Motor</b> JC41E1A692505            |
| <b>Número do Chassi</b> 9C2JC4110AR692505      | <b>Ano/Modelo Fabricação</b> 2010/2010          |
| <b>Cor</b> AZUL                                | <b>UF Veículo</b> Pernambuco                    |
| <b>Município Veículo</b> Abreu e Lima          | <b>Marca/Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN KS         |
| <b>Modelo</b> HONDA/CG 125 FAN KS              | <b>Veículo Adulterado?</b> Não                  |
| <b>Quantidade</b> 1 Unidade                    | <b>Situação</b> Envolvido, Meio Empregado       |
| <b>Última Atualização Denatran</b> 04/11/2010  | <b>Situação do Veículo</b> ALIENACAO FIDUCIARIA |
| <b>Nome Envolvido</b>                          | <b>Envolvimentos</b>                            |
| Edson dos Santos Pereira                       | Possuidor                                       |

RELATO/HISTÓRICO

Relata o noticiante/vítima que no dia, local e horário estava passando pela avenida, na rotatória do lado esquerdo da via, quando o carro que estava entrando colidiu com a moto Honda que conduzia. Devido ao impacto caiu ao chão, e foi levado pelo SAMU para o Nestor Piva e depois foi para o Hospital São José. Aduziu a vítima que sofreu diversas lesões.

ASSINATURAS

Raimundo Renato Valença Junior  
Agente de Polícia  
Matrícula 13688103  
Responsável pelo Atendimento

Edson dos Santos Pereira  
(Suposto Autor/Infrator / Vítima / Envolvido)

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

## **RELATÓRIO REFERENTE À OCORRÊNCIA**

**NÚMERO: 1906060585 / ESUS – SAMU**

**e – DOC 020000.22883/2019-3**

O **SAMU 192 SERGIPE** foi acionado às **15h56min** do dia **06 de Junho de 2019**, para atendimento de vítima identificada como **Edson dos Santos Pereira**, com relato de colisão moto x carro, no município de Aracaju.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Aracaju** realizou atendimento no local, e em seguida removeu para o **Unidade de pronto Atendimento Nestor Piva**, no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 22 de Outubro de 2019

  
Karina Andrade de Mendonça  
Coordenadora Médica  
SAMU 192 - Sergipe  
CRM-SE 2057

**Karina Andrade de Mendonça**

**Coordenadora Médica**

**SAMU 192 SERGIPE**

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Modelo para impressão. Documento em branco não contém informações da empresa emissora. Nº 017.588.645



ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA  
Rua Min Apolonio Sales, 81 - Inacio Barbosa  
Aracaju / SE - CEP 49040-150  
CNPJ 13.017.462/0001-63 Insc.Est. 270.787.438

## DADOS DO CLIENTE

EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
RUA COQUEIRAL ESTRELA DO ORIENTE S/N  
ARACAJU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

3/807048-4

### REFERÊNCIA

OUT/2019

### APRESENTAÇÃO

10/10/2019

### CONSUMO

23

### VENCIMENTO

17/10/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 18,24

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.039004 03290.190176 1 804500000001824

Pagador: EDSON DOS SANTOS PEREIRA CNPJ/CPF: 994.807.605-25

RUA COQUEIRAL ESTRELA DO ORIENTE S/N - PORTO DANTAS - ARACAJU / SE - CEP 00000-000

| Nosso-Número      | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 31490390003290190 | 000807048201910 | 17/10/2019      | R\$ 18,24          |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA SERGIPE-DISTRIB. ENERGIA SA

13.017.462/0001-63

RUA MIN APOLONIO SALES, 00081 - INACIO BARBOSA - ARACAJU / SE - CEP 49040-150

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/178003-4





Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78

FAT: 39 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 16:46:15 H. de Triagem:

H. de Atendimento:

Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Sexo: M CNS: 702.5067.0369.8240

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

Profissional Triagem:

Pressão (mmHg): x Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):

Pulsção Arterial /min Cintura: 0 cm P. Cefálico: 0 cm Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0 /min Quadril: 0 /min Glicemia: 0 mg/dl

Classificação de Risco:

Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Atendimento de Consulta

Anamnese/Histórico da Doença

Dolores no Lx e no Lx.  
pleurisia  
Tórax Feb. Somu

Exame Físico:

ABCSP D/ECA = 15/10/5 E = 10/10/5 D/ECA = 10/10/5  
Alveolar (pulmão) de pulmão  
Ft: 8 Wp. de 100%

Prescrição de Medicamentos:

Quantidade

|     |  |  |
|-----|--|--|
| / / |  |  |
| / / |  |  |
| / / |  |  |
| / / |  |  |
| / / |  |  |
| / / |  |  |

Exames Solicitados:

Lx tórax / o

CID Principal: T07

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

Marcos Rogério Kroger, Gato  
Médico  
CREMESE - 993

Profissional

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Paciente

1/10/19 - fratura clavícula



Prefeitura Municipal de Aracaju

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78

FAT: 1 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 16:46:15 H. de Triagem:

H. de Atendimento: 17:05:36

**Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA**

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Sexo: M CNS: 702.5067.0369.8240

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

Profissional Triagem: 10555 - MARCOS ROGERIO KROGER GALO

Pressão (mmHg):

Temperatura (°C):

Peso (Kg):

Altura (cm):

Pulsção Arterial

/min

Cintura: 0

cm

P. Cefálico: 0

cm

Sat. O2 %: 0

Freq. Respiratória: 0

/min

Quadril: 0

/min

Glicemia: 0

mg/dl

Classificação de Risco: VERDE

Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença

COLISÃO MOTO X CARRO HA UMA HORA. ALERGIAS NEGA. TRAZIDO PELO SAMU USF.

Exame Físico:

ABC=0; D= 15 PONTOS; E= DOR OMBRO D / ESCORIAÇÕES. NEGA EMESE / SINCOPE / CEFALIA. SATO2=100%

CID Principal: T07

Saída do Atendimento: 32 - ALTA POR ORDEM MEDICA

10555 - MARCOS ROGERIO KROGER GALO  
MEDICO CIRURGIAO GERAL - CRM: 1993 - SE

EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
Paciente

Prefeitura Municipal de Aracaju

FAT: 2 Data: 06/06/2019 H. de Recepção: 17:39:18 H. de Triagem:

C.N.P.J.: 13.128.780/0008-78  
H. de Atendimento: 17:42:18

Nome do Paciente: 987501893 - EDSON DOS SANTOS PEREIRA

Nasc.: 06/06/1979 Idade: 40 Anos

Sexo: M CNS: 702.5067.0369.8240

Nome da Mãe: MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA

Endereço: R José Antônio dos Santos, 65

Bairro/Distr.: Porto D'Antas

Município: 280030 - ARACAJU - SE

CEP: 49.067-100

Local Triagem: 10609 - FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS

(mmHg):

Temperatura (°C):

Peso (Kg):

Altura (cm):

Arterial

/min

Cintura: 0

cm

P. Cefálico: 0

cm

Sat. O2 %: 0

Respiratória: 0

/min

Quadril: 0

/min

Glicemia: 0

mg/dl

Ação de Risco: VERDE

Sector: CLÍNICA ORTOPÉDICA

Atendimento:

e/Histórico da Doença

A TER SIDO VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA NO OMBRO DIREITO

LA CLAVICULA DIREITA SEM DESVIO

1 AMP IM

Impal: S420

Atendimento: 32 - ALTA POR ORDEM MEDICA

Gilson Teixeira

Ortopedia/Traumatologia

CRM-SE 4003

9 - FRANCISCO GILSON TEIXEIRA SANTOS

EDSON DOS SANTOS PEREIRA

EDICO ORTOPEDISTA - CRM: 4003 - SE

Paciente

**50**  
**ANOS**

**Evoluindo com saúde!**

## HOSPITAL SÃO JOSÉ RECEITUÁRIO

**Paciente:** Edson dos Santos Pereira

Paciente Edson dos Santos Pereira portador do RG 1315570  
solicita cirurgia para correção de fratura de terço  
médio de clavícula direita nesta unidade. Vem na  
prévia da redução e primeira avaliação pós operatória  
(15 dias). Encontra-se em comportamento estável  
até a consolidação da fratura e reabilitação.

CIB: 542.7

Desta forma, não poderá realizar atividades laborais

Laércio M. S. F. Silva  
Médico  
CRM 40608 SE

**Data:** 23/07/19.

**Médico - CRM**

**Av. João Ribeiro, 846 – Santo Antônio – Telefax: (79) 2105-1000**  
**Aracaju - Sergipe**

☐@☐

|     |                             |                  |
|-----|-----------------------------|------------------|
| CA: | HOSPITAL SAO JOSE           | Data: 03/07/2019 |
|     | ADMINISTRACAO DOS PACIENTES | Hora: 11:17      |
|     |                             | Pagina: 01       |

## \*\*PACIENTE\*\*

|            |                                    |            |               |
|------------|------------------------------------|------------|---------------|
| PRONT...:  | 139244                             | ATEND...:  | 1170216       |
| DATA....:  | 03/07/2019                         | HORA....:  | 11:11         |
| PACIENTE:  | EDSON DOS SANTOS PEREIRA           |            |               |
| RSP.INT.:  | EDNILSON MITCHELL DOS SANTOS CUNHA |            |               |
| RG.....:   | 1315570 SSP                        | CPF.....:  | 99480760525   |
| SEXO....:  | Masculino                          | E.CIVIL..: |               |
| N.CAD....: | 1436766                            |            |               |
| NASC....:  | 06/06/1979                         | IDADE....: | 40            |
| FILIACAO:  | EDSON ALVES PEREIRA                |            |               |
|            | MARIA JOSE DOS SANTOS PEREIRA      |            |               |
| NATURAL:   | ARACAJU-SE                         | NACIONAL:  | Brasileiro(a) |
| PROF....:  |                                    |            |               |
| ENDereco:  | RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEI, 227 |            |               |
| BAIRRO:    | Porto D'Antas                      |            |               |
| CIDADE:    | Aracaju                            | UF:        | Sergipe       |
| FONE....:  | 998785656/988645690                |            |               |

## \*\*INTERNACAO\*\*

CONVENIO: AIH-SUS  
 Cod. SIH-SUS702506703698240  
 GUIA(S/N):  
 CLINICA: Cirurgica  
 MEDICO.: CARLOS MINORU SOYAMA KAKUDA  
 LEITO...: ALA A/ENF A LEITO ~~A~~ B  
 CID.: S427-Fraturas múltiplas da clavícula, da omoplata [escápula] e d

## \*\*RESPONSAVEL\*\*

NOME.....: EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
 PARENTESCO.: O MESMO  
 EST.CIV.:  
 NATURAL.: ARACAJU-SE  
 NACIONAL.: Brasileiro(a)  
 CPF.....: 99480760525  
 RG.....: 1315570 SSP  
 PROF.....:

## \*\*PERMANENCIA SUS\*\*

MAX.PERM: 0 MIN.PERM: 0

*Exame entregue ao paciente de Rx*  
 Av. Joao Ribeiro, 846 Santo Antonio Aracaju - SE  
 tel. : 2105-1000  
 Proc. 03.07.2019  
*Edson dos Santos Pereira*

☐@☐

|     |                           |                  |
|-----|---------------------------|------------------|
| CA! | Hospital Sao Jose         | Data: 03/07/2019 |
|     | TERMO DE RESPONSABILIDADE | Hora: 11:13      |
|     |                           | Pagina: 01       |

Paciente: EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
 End: RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEIRAL Tel: 998785656/988645690  
 Natural: ARACAJU-SE Est.Civil:  
 Profissao: Nasc.: 06/06/1979  
 Responsavel: EDSON DOS SANTOS PEREIRA  
 RG Resp.: 1315570 CPF Resp. 99480760525  
 Parentesco: O MESMO Tel Resp. 998785656/988645690  
 End.Resp. RUA ESTRELA DO ORIENTE COQUEIRAL  
 Leito: LEITO A2  
 Medico: CARLOS MINORU SOYAMA KAKUDA  
 Convenio: AIH-SUS Matricula: 702506703698240  
 Validade: GUIA

## Termo de Responsabilidade

!-----!  
 !O acima qualificado, responsavel pelo presente instrumento, assume e declara reconhecer, como livre expressao de sua vontade as clausulas e condições abaixo descritas:- Ser direta e solidariamente responsavel pelo paciente por toda e qualquer despesa ou obrigacao de qualquer natureza em decorrência do internamento realizado neste Hospital (art. 904, e §§. Do Código Civil);

- Que a sobredita responsabilidade perdurara por todo o periodo de internacao e ate a alta medica, sendo de carater irrenunciavel e irretratavel;
- Que a sobredita responsabilidade subsiste, ainda que exista convenio e/ou cobertura por plano de saude, em relacao aos aspectos não amparados, desde que comprovado o seu uso (por exemplo, diarias com acompanhantes, ar-condicionado, material consignado - orteses, proteses ou sinteses - anestesistas e instrumentadores);
- Que os medicos responsaveis pelo tratamento e internacao sao de livre escolha do paciente ou seu responsavel, nao havendo vinculacao entre os honorarios medicos e a conta de serviços hospitalares;
- Estar ciente de que o ato medico e de competencia e responsabilidade restrita ao profissional medico, nao havendo interferencia/responsabilidade nessa conduta por parte da Direcao do Hospital;
- Ter ciencia do Regulamento Interno do Hospital, obrigando-se a cumpri-lo estritamente;
- Que o Hospital Sao Jose nao possui qualquer responsabilidade por valores, objetos, ou quaisquer pertences, seja do paciente, seja do responsavel, ou de visitantes e acompanhantes deixados em suas dependencias;
- Ser inviabilizada a alteracao de internacao para o Sistema Unico de Saude (SUS) no curso da mesma, ou entre convenios e/ou planos de saude que acarretem prejuizo ao Hospital;
- Ser de logo autorizada a emissao de Nota Fiscal correspondente a prestacao do servico hospitalar, apos a aprovacao das despesas;
- Que, em havendo recusa na aprovacao, sendo a despesa determinada pelo medico assistente do paciente, estara liberado o Hospital a proceder a emissao da Nota Fiscal correspondente;
- Que a Nota Fiscal emitida, de acordo com quaisquer das circunstancias acima, e reconhecida como liquida, certa e exigivel, constituindo-se como titulo executivo extrajudicial;
- Que caso a permanencia do paciente no Hospital Sao Jose, em Convenio Particular, se protraia no tempo, as despesas parciais oriundas da prestacao dos servicos hospitalares serao apresentadas a cada 02 (dois) dias, e deverao ser quitadas imediatamente, ocasião em que, o Hospital Sao Jose apresentara a conta parcial dos serviços prestados ate aquele momento, no qual estarao especificados o valor parcial dos serviços prestados, o vencimento e os encargos financeiros em caso de inadimplencia;

- Que o não pagamento da conta hospitalar ou parcial, sendo Convenio Particular, após tres dias do seu vencimento, implicara na incidencia de multa de 2% (dois por cento) acrescida de correção monetaria, de acordo com o INPC ou outro indice que o substitua, alem de honorarios advocaticios e despesas efetuadas para a cobrança;
  - Que a conta hospitalar faz parte integrante do presente Termo como se nele estivesse transcrito;
  - Podera o Hospital Sao Jose, para a cobrança do seu credito, ainda que parcial, fazer inscrever o nome do RESPONSAVEL em bancos de dados cadastrais, ou valer-se de firma especializada, sendo que neste caso o RESPONSAVEL inadimplente respondera, também, por honorarios a esta devidos;
  - Atuar como fiel depositario (art. 1265 e SS., doCodigo Civil), por todo o periodo de internação, dos objetos que guarnecem o apartamento, constantes de relacao anexa, integrante da presente, segundo valor ali indicado, sob as penas da lei (art. 1287, do Código Civil);
  - Estar ciente de que, na qualidade de responsavel pelo paciente, devera comunicar, por escrito a Direcao do Hospital, qualquer queixa/reclamacao, oriunda de insatisfacao pela prestacao da assistencia, sendo facultado, a "alta a pedido" ou "transferencia para outra instituicao", mediante autorizacao previa do medico assistente e assinatura de Termo de Responsabilidade;
  - A diaria hospitalar encerrar-se as 12:00 horas de cada dia. Apos este horario sera cobrada nova diaria, automaticamente;
  - Fica eleito o foro da Comarca de Aracaju, Estado de Sergipe, para dirimir todas e quaisquer duvidas oriundas do presente instrumento de prestacao de servicos, que por ventura venham a ser suscitadas;
- E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento particular, em duas vias de igual teor e forma, na presenca de duas testemunhas, para que produza seus efeitos juridicos e legais.  
Para tanto, firma-se o presente:

PACIENTE....: \_\_\_\_\_ RESPONSAVEL.: \_\_\_\_\_  
 TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

☐

☐c; ☐e



Hospital S<sup>o</sup> José

Av. João Ribeiro, 846 - Santo Antônio

Telefone: 79 2105-1000 / FAX: 79 2105-1032

Cep: 49065-000

Aracaju / SE

PACIENTE:

Edaou de Soud

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nº ATENDIMENTO:

HORÁRIOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

LEITO:

DATA:

28/07/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

Diagnóstico: Lesão

Tratamento: fisioterapia

Medicamentos: analgésicos

Exames: radiografia

Observações: evolução satisfatória

Assinatura: Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

PRESCRIÇÃO MÉDICA

EVOLUÇÃO MÉDICA

LEITO:

DATA:

28/07/19

EVOLUÇÃO MÉDICA

Diagnóstico: Lesão

Tratamento: fisioterapia

Medicamentos: analgésicos

Exames: radiografia

Observações: evolução satisfatória

Assinatura: Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19

Dr. [Assinatura]

CRM: 12345

28/07/19



[illegible]

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 07:00 | Paciente encontra-se no leito, consciente e orientado, expressivo, afilil, respondendo espontaneamente imar ambiente, respondendo a solicitação verbais. Em uso de BVP hidralizado.                                                                                                     | Alessandra V. Vasconcelos<br>COREN SE 1.323.005 TE |
| 07:30 | Paciente sem jejum ofertado pelo SMO. Part recusa o banho por aspersão e relata que quer o banho somente em casa.                                                                                                                                                                       | Alessandra V. Vasconcelos<br>COREN SE 1.323.005 TE |
| 08:00 | Administração de medicamentos de Horário: Propenid (0,5g 1cc/ml + 0,1x3ml + equipe) conforme prescrição médica.                                                                                                                                                                         |                                                    |
| 09:30 | Paciente sem almoço ofertado pelo SMO.                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                    |
| 10:00 | Administração de medicamentos de Horário: Ronitidina (0,2AD + 0,1x20ml) conforme prescrição médica.                                                                                                                                                                                     |                                                    |
| 12:00 | Apresenta SSV, administração de medicamentos de Horário: Dipirone (0,2AD + 0,1x20ml) conforme prescrição médica. Paciente bem alimentado ofertado pela equipe de nutrição. Paciente permanece mantendo o quadro em uso de BVP hidralizado, segue as evidências da equipe de enfermagem. |                                                    |
| 12:30 | Paciente recebe visita médica, e o mesmo é liberado para Alta Hospitalar, vindo sem acompanhante.                                                                                                                                                                                       | Alessandra V. Vasconcelos<br>COREN SE 1.323.005 TE |