

Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2017

Carta nº: 11666535

A/C: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498530 ASL-0357372/17

Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Data Acidente: 18/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11674110

A/C: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Sinistro: 3170498530 ASL-0357372/17
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
Data Acidente: 18/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11880715

A/C: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498530 ASL-0357372/17

Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Data Acidente: 18/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/10/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/12/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JOSE ERALDO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3170498530**
Vitima: **JOSE ERALDO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **18/12/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170498530**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando
página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

Carta nº: 12773057

A/C: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170498530
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
Data do Acidente: 18/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 001

Agência: 000000822-2

Conta: 000010011582-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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: 03/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ERALDO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00822-2

CONTA: 000010011582-9

Nr. da Autenticação 6715194BCAEE9AD5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170498530 **Cidade:** Porto da Folha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2018

Valoração do IML: 50

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ULNA ESQUERDA E COLUNA TORÁCICA, TRAUMA EM FACE, REGIÃO ESCAPULAR DIREITA E MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, EVOLUINDO COM SEQUELAS

Sequelae permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS ESQUERDO

Sequelae: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelae: INVALIDEZ PARCIAL / MS ESQUERDO: 50% DE 70% = 35%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



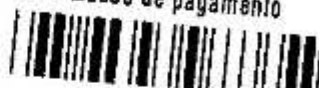
Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO I

Autorização de pagamento



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

EU, JOSE ERALDO DOS SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 1.230.409EXPEDIDO POR SSP/SEEM 05/02/2017CPF 937563645-39 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO PESCADORE RENDA MENSAL DE R\$ 937,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA ACIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

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

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



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

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

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

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

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

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

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA 0822-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 11582-7
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL Ponto de Feltro/SE DATA 23/08/2017ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Jose Eraldo dos Santos

ATENÇÃO

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

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

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
18/06/2017 - Autoatendimento - 10:32:59
082270221 0114

SALDO DE POUPANCA PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 0822-2
CONTA: 11582-7
CLIENTE: JOSE ERALDO DOS SANTOS

=====

VARIACAO: 01 Poupanca	
SALDO ATUAL	6,81 C

SALDO POUPANCA	6,81 C
-------------------	--------

SALDO POUPEX	0,00 C
-----------------	--------

SALDO TOTAL	6,81 C
-------------	--------

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3170498530

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU JOSE ERALDO DOS SANTOS
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.230.409 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 25/02/2018
 CPF 937563645-39 / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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



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

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

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

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

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

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA 822-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 11.582-7
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL PARAÍSA DA FOLHA SE DATA 12/04/2018ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) JOSE ERALDO DOS SANTOS

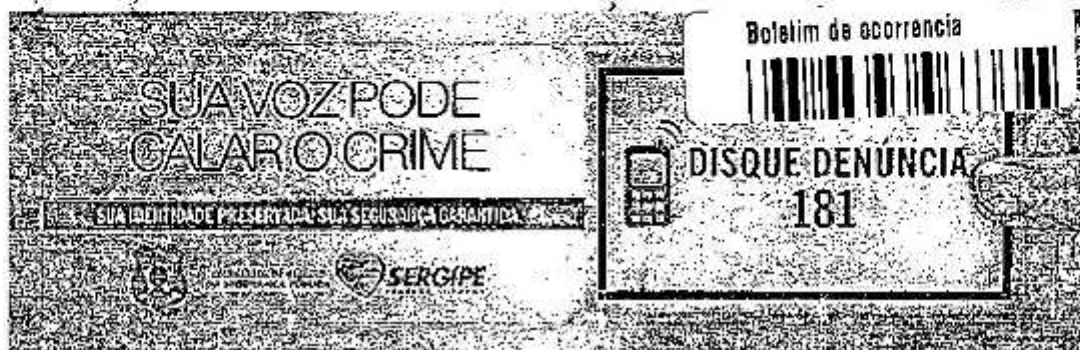
ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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



DELEGACIA DE POLÍCIA DE PORTO DA FOLHA

PCA PE OLIVEIRA, CENTRO FONE: (79)3349-1238

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2016/06580.0-000012

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PORTO DA FOLHA

Endereço: PCA PE OLIVEIRA, CENTRO FONE: (79)3349-1238

FATO

Data e Hora do Fato: 18/12/2015 - 18:00 até 18/12/2015 - 18:30

Endereço: RODOVIA SE-200 Número: Complemento: CEP: 49800-000

Bairro: CENTRO Cidade: PORTO DA FOLHA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE PORTO DA FOLHA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: MARIA JACIRENE LIMA DOS SANTOS

Nome do pai: LUIZ GONCALVES LIMA Nome da mãe: MARIA JOSE DE SANTANA LIMA

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 9831207 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: PORTO DA FOLHA Data de nascimento: 04/09/1964 Sexo: Feminino Cor da cútis: Parda

Profissão: LAVRADORA Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: TRAVESSA ECONOMISTA ANTONIO COSTA Número: 440 Complemento:

CEP: 49.800-000 Bairro: CENTRO Cidade: PORTO DA FOLHA UF: SE

Proximidades: Telefone: (79)99638-9921

VÍTIMA

Nome: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Nome do pai: NÃO DECLARADO Nome da mãe: MARIA DOSSA LIMA DE JESUS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 12304093 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: GARARU Data de nascimento: 01/01/1965 Sexo: Masculino Cor da cútis: Não informado

Profissão: PESCADOR Estado civil: Casado Grau de instrução: Não informado

Endereço: TRAVESSA ECONOMISTA ANTONIO COSTA Número: 440 Complemento:

CEP: 49.800-000 Bairro: CENTRO Cidade: PORTO DA FOLHA UF: SE

Proximidades: Telefone:



HISTÓRICO

RELATA QUE no dia, hora e local supracitados, o esposo da Noticiante, José Eraldo dos Santos, foi atropelado quando caminhava pelo acostamento da rodovia, por um veículo GM D-20, cor vermelha, placa desconhecida, conduzida pela pessoa conhecida por Leandro, filho de Vicente; QUE José Eraldo dos Santos sofreu diversas lesões, foi socorrido por populares, levado ao hospital local e depois transferido de ambulância para o Hospital João Alves em Aracaju-SE; QUE José Eraldo recebeu alta médica e está em casa aguardando data para realizar cirurgia; QUE a Noticiante não sabe o paradeiro de Leandro, que após prestar socorro, fugiu desta cidade de Porto da Folha.

Maria Jacirene Lima dos Santos

Assinatura de Souza Resende

Data e hora da comunicação: 06/01/2016 às 15:51

Última Alteração: 06/01/2016 às 15:53.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que falar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro. Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena

-detenção, de um a seis meses, ou multa.

Maria Jacirane L. Santos
MARIA JACIRANE LIMA DOS SANTOS
Responsável pela comunicação

Ewerton Oliveira Martins
Responsável pelo preenchimento

CARTÓRIO 1.º OFÍCIO

Certifico e dou fé que a presente cópia
é a reprodução fiel do original que me
foi exibido.

Porto da Folha/SE 17/05/2016
Em testemunho da verdade, dou fé

[Assinatura]

Valido somente com selo de autenticidade



Assistente Andrade de Souza Resende
Escritório Substituto



GERENCIADA LÍNEA DPVAT LT 31-ABR-2017 12:05 327846 1/1



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Jose Eraldo dos Santos portador da
Carteira de
Identidade nº 1.230.409 e inscrito no CPF/MF sob o nº
937.963.649-34

Residente P. Iguaçu, O. Rural domiciliado na

Cidade P. da Folha Estado Gergipe declaro, sob as
Penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Fui socorrido por populares

☐ Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento na cidade onde resido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do comprovante de *Ato Declaratório*, concordando em prestar quaisquer esclarecimento que justifique a ausência da referida declaração.

Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é garantia para liquidação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias pela Seguradora Líder, para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao acidente.

Jose Eraldo dos Santos

Porto da Folha 17 de dezembro de 2017



JOSE FRALDO DOS SANTOS
POVIGUACU, DO - AREA RURAL
PORTO DA FOLHA / SE CEP 48600000 (AG 4861)

Enviado: 73/03/2018 F&Z - Zonchi Mar / 2018
Classe/Suporte: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASE O
Roteiro: 14-481-415-1576 NF number: 15/00777-5017



ENERGISA SERRAPELOMS T RIB ENERGISA S
Rua Frank Johnson Sales, 61 - Inocente Barbosa
Itaquajé/SE - CEP 43040-150
FAX 13017-4520031-63 - Inoc. Est. 770 775 406
e-mail: Contato@Energisa.com.br FONE 222 049
Cód. para D.D. Automático: 000102834

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 79 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Mar/ 2018	23/03/2018	24/04/2018	93756364534

UC (Unidade Consumidora): 3/1028947-8

Canal de contato

Falta de energia é a maior reclamação. Pode provocar acidentes graves, além de ser cara e dar dor de cabeça. E ainda prejudica as quemadidas. O furto prejudica a segurança do comércio, de causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.

• Chame os vizinhos e amigos e entre no comitê da mesaquinha transmissora da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letras	Data	Letras						
25/01/19	ES	25/01/19	EE						
						41		28	
Demonstrativo									
CC - Descrição		Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. kwh (R\$)	Ben (R\$)	Per (R\$)	Pro (R\$)	Consumo
SECT - Consumo em kWh									
		41,000	R\$ 0,00	R\$ 0,00	0	8,00	10,00	0,12	0,00

Código de Classificação do Item	TOTAL	19,60	0,00	0,00	19,60	0,12	0,50
---------------------------------	-------	-------	------	------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
4	02/04/2018	R\$ 19.89

Histórico de Consumo (kWh)												
US	59	48	41	33	26	40	40	48	52	64	41	
Mar17	Apr17	May17	Jun17	Jul17	Aug17	Sep17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	

RESERVADO AO FISCO
4b3.3637.4915.b91b.8798.8b8b.8c8a.045d.

Indicadores de Qualidade			LIMITE DE TENSÃO	
	DIFERENÇA	APURADO		
DIF. TRIMESTRAL	23,49	0,00	NOMINAL	115
DIF. ANUAL	48,98			
DIF. MENSAL	7,74	0,00	CONTRATADA	
DIF. TRIMESTRAL	15,49		LIMITE INFERIOR	109
DIF. ANUAL	30,98		LIMITE SUPERIOR	121
DIF. MENSAL	8,40	0,00		
DIF. DICR	16,40			

ATENÇÃO

Faturas em atraso

PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SESECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE

Nome:

José Enaldo de Santos

Paciente, 53 anos, diagnóstico clínico de
Doença crônica em coluna lombar, cervical e
torácica relativos a fraturas de processos espinhais
(T5, T6, T7) e de escápula. Diagnóstico fisioterá-
pico de limitação funcional grave para promo-
ção de atividades esportivas e elevação de nível.
Comparece ao atendimento fisioterápico no
Posto de Saúde do município de Porto da Folha
e necessita de continuidade no tratamento devido
a seu quadro clínico.



25/01/18

Dra. Shirley Milena B. Ferreira
Fisioterapeuta
CPF 070.15023-8



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL Dr. FRANCISCO R C
upa_portodafolha@hotmail.com
Pça. Antônio Pinto Rezende, 1
Tel.: (79) 3349-2091

Documentação médica - hospital



JPA
24h
LOCAL DE PRONTO ATENDIMENTO

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E 1º ATENDIMENTO

CARTÃO SUS Nº 16254489 296 00061 REGISTRO Nº 23.051

NOME:	João Manoel dos Santos			RAÇA/COR:	
SEXO MASC. (X) FEM. ()	IDADE:	50 anos	DATA DE NASC.	01/10/1960	
RG:	SSP:	Nº DO SISPRENATAL:			
DATA DA ADMISSÃO:		18/12/2015	HORA:	19:20	Est. Civil: solteiro
FILIAÇÃO:	PAI:				
	MÃE:	Maria Rosa Lima de Jesus			
ENDEREÇO: R. Fimado Campos					
BAIRRO:	CIDADE:	P. da Folha - SE	Profissão:	Pescador	
TELEFONE:					
RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:					
GRAU DE PARENTESCO:			TELEFONE DO RESPONSÁVEL:		
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:					
MÉDICO RESPONSÁVEL:					
DIAGNOSTICO:					

DATA	HORA	ANAMNESE E EXAMES FÍSICO
	19:20	Paciente admitido de unidade de internamento. Apresenta um corte grande nos mols. Ao Residência, chegou dispendendo, chegando morto de um corte no coração. T36°C, Sat 98%, pulso 108.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO DAS MEDICAC
		4 Morfina 10mg 3amp 0.1 9ml DO Pozo 3ml + Pls. 10mg (TM)	

EXAMES SOLICITADOS	ULTRASSONOGRRAFIA:	
	RAIO X:	
	LABORATÓRIO:	
DESTINO		
X TRANSFERÊNCIAS	23:30	ADMISSÃO NO PS (até 24h)
ALTA - DATA:	/ /	HORA:
		ÓBITO - DATA:
		HORA:

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
EXAME FÍSICO

ADULTO ()

CRIANÇA ()

OBS: Assinalar com "X"

01	Nível de consciência	Consciente ()	Inconsciente ()	Confuso (a) ()	Depressivo (a) ()			
02	Pele	Íntegra ()	Ictérica ()	Cianótica ()	Palidez Cutânea ()	Desidratação ()		
03	Mucosa	Corada ()	Descorada ()	OBS:				
04	S. Cardiovascular-Padrão Respiratório:	Eupnéico ()	Taquipnéico ()	Dispnéico ()	Sibilos ()	Roncos ()	Chiados ()	
05	FR. Respiratório	<16ipm ()	16-22ipm ()	23-30ipm ()	31-40ipm ()	41-45ipm ()	>45ipm ()	
06	Abdômen	Flácido ()	Globoso ()	Doloroso à palpação ()	Escavado ()	Plano ()	OBS:	
07	Ferida Operatória	Limpa e seca ()	Hiperemiada ()	Secreções ()	Deiscência ()	Curativo Oclusivo ()		
08	MMSS	Íntegras ()	Atrofia ()	Paresia ()	Parestesia ()	Hemiplegia ()	Hematomas ()	Edema ()
	MMII	Íntegros ()	Atrofia ()	Paresia ()	Varizes ()	Parestesia ()	Hemiplegia ()	Edema ()

[illegible][illegible]

Legend:

Tabela Numérica da Dor (0 a 5)

0 = Ausência de Dor; 1= Dor leve; 2=Dor Moderada; 3e4= Dor Intensa; 5= Dor Insuportável.

Cor: R= Roseado; D= Decorado; P= Pálido; C= Cianótico; I= Ictérico; S= Salpicado;

H= Hiperemiado;

Atividade: Ativo (++); Estimulado (+); F= Flácido; S= Sonolento; Co= Convulsões; T= Tremor;

F= Flácido; P= Paralisado; I= Irritado; C= Chorando;

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: José Geraldo dos Santos

DATA DA ENTRADA: 24/12/15

DATA DA SAÍDA: 24/12/15

INTERNAMENTO: PS (x) ENFERMARIA () UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente deu entrada no HUSE vítima de atropelamento, veio do Hospital de origem, município de Porto da Folha, sem protocolo de imobilização e queixando de dor em dorso e MSE. Ao exame: vias aéreas permeáveis, sem color cervical, FC: 88, derivado 1/4, AC: RCR 2T Glasgow 15, pupilas isocóricas, FCC em couro cabeludo e em dorso, FCC em mão esquerda, abdômen semiduro e indolor, observou-se fratura das costelas espaciais de C5 a C9 pela TC de coluna torácica. Paciente foi transferido para o hospital José Fontes em Estância em 24/12/15.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

- Não houve neste hospital

EXAMES COMPLEMENTARES:

Raio x do tórax

Raio x do braço e antebraço esquerdos

Raio x da coluna toraco-lombar

TC de crânio, coluna cervical e torácica

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Roberto Eduardo

Dr. Paulo Roberto S. Mendonça

Dr. Cicero Santos de Lima

Dr. Thiago José Silva Lima

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO () TRANSFERIDO (x) ÓBITO ()

ARACAJU, 30 de março de 2016

Telma Lucia Matos Sousa:

Telma Lucia Matos Sousa

Médica
CRM 1567

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



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: Jose Luis dos Santos

SEXO: ☐ FEM: ☒ MASC: _____ IDADE: 50 a ESTADO CIVIL: _____

ENDEREÇO: R. Faria do Carmo, SN, Pk. do Fk FONE: _____

RESPONSÁVEL: O Espoz

DESTINO DO PACIENTE: Unidade de Pronto Atendimento

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO: Paciente vítima de acidente, com TCE Moderado, com 15 pontos de GCS, 2018, de BACET, sem alteração de nível de consciência.

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Uso de analgésicos e sedativos

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Avulsão e contusão nasal

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

Dr. Carlos Bruno A. Ramal
Médico / Cirurgia geral
CRM: 148 947

Assinatura do Médico Responsável

18/12/2015

LAUDO ENVIADO

AN. NCR

22/12/15

TASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO SE: 1282903

DATA: 19/12/2015

HORA: 02:25

USUARIO: AVCJUNIOR

CNS: 162544892960006

SETOR: 08-CONSULTORIO PS ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE ERALDO DOS SANTOS
 IDADE : 50 ANOS NASC: 01/01/1965
 ENDERECO : RUA FUNDO DO CAMPO
 COMPLEMENTO :
 MUNICIPIO : PORTO DA FOLHA BAIRRO:
 NOME PAI/MAE :
 RESPONSAVEL : ESPOSA/MARIA
 PROCEDENCIA : PORTO DA FOLHA
 ATENDIMENTO : ATROPELAMENTO

Faturado
PS Adulto

MASCULINO

NUMERO:

UF: SE CEP: ...
 /MARIA DOSSA LIMA DE JESU
 TEL: 79996

CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

TRAUMA: NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Paciente vítima de atropelamento veio de Hospital de origem sem protocolo
 ci queixa de dor em região de dorso e MSE. Exame: A) Visão Acetabular
 vis sem color cerebral B) pulso AHT: SIRA C) fe= 88 bpm, Hipertensão 14/14
 DECG-15: Pupila fixa e dilatada E) fcc em contabilidade fcc em dorso e
 ANOTACOES DA ENFERMAGEM: Intussus / Exame físico propenso, fcc em dorso e
 dor à palpação de MSE. Ad= plano digr. fmm glóbo, fbaído, midolor.

DIAGNOSTICO:

Politrauma

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICINA

@ 5f0,91 - 1000ml

500 - 500

2) Diprione 100mg + AD, EV
 3) Profenid 100mg + 100ml pto. 4h EV
 4) Laminar e encefalograma do fígado

0330

DATA DA SAIDA:

ALTA: [] 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. P

Maria Jacinete Lima dos Santos
 ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO CONSULTOR

NOME: 15702

Data: 19/12/2015

Horário: 4:50

Técnico: Sapo

NCR.

Admite

- Rota de fora
- Rota de fora / Antebraço Esq
- x coluna toraco-lombos

Neurocirurgia 19/12/2015 4:30h.


Petronio Eduardo
Médico
CRM-SE 4446

Paciente vítima de atropelamento. Nas lombas do occipital. Região da
HSE a dor se faz - mais dolorida

Examinando, orientado a se deitar.
Muito dor à mobilização mínima do HSE. Não permite voltar
a realizar o trabalho.

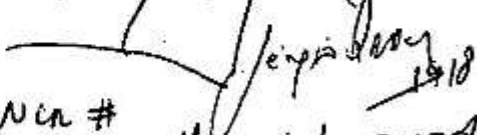
TE do Crânio: Ausência de lesões. Sfr fraturas.
Estimula a dor e a 24 horas.

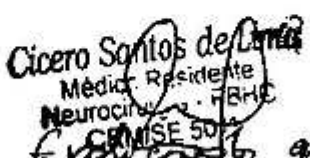
TE do Col. Cervical: Sfr fratura que listrose.

TE do Col. Torácico: Fratura do processo espinhoso de C5 =
C6.

Col: Internado por Neurocirurgia
Analgesia.


Paulo Roberto Mendes
Neurocirurgião
CRM 2118

Atte de: Cimpie final

19/12


Cicero Santos de Lima
Médico Residente
Neurocirurgia - FHC
CRM-SE 5073

12/15
1:20

NCA

paciente referindo melhora do quadro clínico. Explicando que as
fraturas torácicas não tem indicação cirúrgica e que o tratamento
será com analgésicos e repouso em regime ambulatorial
Alto da

ambulatorial do Ortopedia

LAUDO ENVIADO

22/12/15

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo....: 125823
Nome do CNS.....: 162544892960006
Nome do Paciente.....: JOSE ERANDO DOS SANTOS
Data de Nascimento: 17/01/1965
Sexo.....: MASCULINO
Idade: 51 anos
Tipo.....
Nome da Mãe.....: MARIA DOSSA LIMA DE JESUS
Endereço.....: RUA FUNDO DO CAMPO
Cep.: 00000-000
Telefone.....: 9998889921
Cidade.....: 2605601 - SE
Estado.....: BRASILEIRO
Município.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do HE: 1252903
Motivo de Internacao: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Data de Internacao: 999.0057
Hora de Internacao: 21/12/2015
Data de Alta: 22:34
Motivo de Alta: 266.163.945-49 - MARIA LUCIENE MENDONÇA DE MENEZES
Tipo de Alta: NAO INFORMADO
Local de Alta: NAO INFORMADO
Data de Alta: 22/12/2015
Município de Alta: SERGIPE

INFORMACOES DE SAIDA



ESTADO DE SERGIPE 7
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE Jose Erzelo dos Santos
 Nº PRONTUÁRIO/FAE _____ SEXO _____ IDADE _____ PESO _____
 Nº ATENDIMENTO _____ UNIDADE PRODUTIVA _____ LEITO _____

Data	Hora	Medicamento(principio + concentração)- Dieta	ativo	F.F. ¹	Posologia	Horário de Administração
		1. Toxum. (modifio)			SND	
		2. SA 5% 1.000ml	1/2 IV, 2x/ds.		500 500	
		SF 0,9% 1.000ml			500 500	
		3. Antix 0,2mg + AD	1/2 IV 8/8hs	11/19/12	2x	06
		4. Diparone 0,2mg + AD	1/2 IV 6/6hs	20/11/12	2x	04
		5. Projeum 100mg	1/2 IV 12/12hs	11/19/12	2x	
		SF 0,9% 200ml				
		6. Rlenol 0,2mg + AD	1/2 IV 8/8hs	20/11/12	2x	
		7. Tenuel 50mg	1/2 IV 8/8hs	20/11/12	2x	06
		SF 0,9% 100ml				
		8. Colheira 2 30º				
		9. Reparo desloto no leito.				
		10. SV 6/6hs.				
		11. Cuidado com o				
		12. Internado p/ MCR.				
		13. Avaliação da <i>Ortopedia</i> (fratura proximal Antebraço)				

Assinatura e carimbo do Médico

14. Dieta Branda Hipos

Dr. João S. M. M. M.
 Neurocirurgião
 CRMSE 2112

Cícero Santos de Brito
 Médico Residente
 Neurocirurgia - FEBHC
 CRMSE 5011

¹ Forma Farmacêutica (comprimido, drágea, cápsula, xarope, elixir, soluções, pomada, creme, ampola, frasco-ampola, supositório, dentre outros)



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Jose Erildo dos Santos

Idade: 72

Data: 20/12/15

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
20/12/15		1. Dichi Live	
20/12/15	00:45	2. SF 0.9% 1000 - EV c - 2ml	SOB 11:00
24/12	500	3. Dipirone 812 - pt + AD EV 6/6h	SOB 11:00
		4. Profenid 812 - pt + 100 - SF 0.9% EV 8/8h	SOB 11:00
		5. Omeprazol 40 - pt + AD EV 1x/12h	SOB 11:00
		6. SSN + CCG	SOB 11:00
21/12/15 - Alta Hospitalar com med. de controle de BEG Dr. Lucio R. Silva Cirurgia Geral 20/12/15			
HUSE TOMOGRAFIA CERVICAL DENEGADA REGISTRO: 15561 Data: 23/12/15 VC Ambrosio			



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE: JOSE ENALDO DOS SANTOS

paciente vítima de Atropelamento dia 19/12/15
acolhido com fratura de processos espinhosos
torácicos de T5 - T9, com orientações de trata-

mento com analgésicos e repouso domiciliar.

Marcar Consulta para o ambulatório de
Neurocirurgia do Hospital Cirurgia, no posto
de saúde, para daqui ~~10~~ 30 dias.

CD 10: S22.0

Cicero Santos de Lima
Médico Residente
Neurocirurgia FBHC
CRMISE 5044

DATA 19/12/15

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____

Relatório Médico

Relato que o Sr. Jairo Enolde dos Santos, 52 anos, com história de (Atropelamento dia 19/12/15, que evoluiu com Dor em coluna dorsal e MGC na TC evidenciou Fraturas de Processos Espinais de Múltiplas Vertebbras (T5 a T9).

No momento quadro atual, Dor Crônica em região de coluna lombossacra, Cervical e torácica. Impossibilidade de exercer atividades que requirem força e mobilidade em membros Superiores e/ou inferiores Antebraço (mão esquerda).

Vire →

RNM. 106/04/16

C coluna dorsal cervicocraniana.

Redução da intensidade de sinal

em T2 dos discos intervertebrais

T1-T2, T6-T7, T7-T8, T8-T9 e T9-T10
por desidratação / degeneração dos discos incipientes.

- RNM Coluna Cervical

Redução de intensidade cervicais C2-C3,

C3-C6 e C6-C7

- Protetor discal posterior paramediano
direito em C5-C6, que compunha a
base ventral do saco dorsal sem sinais
de compressões Nervosas.

Devido quadro (Paciente encontra-se
Impossibilitado de exercer suas
funções habitacionais. Devido
lesões pós-trauma

CID: M54.4

M.75.6

M25.5

R97.4. Porto da Folha - Se

F. 32.8

11 de Janeiro de 2017

Dr. Luciano R. de Albuquerque
Médico
CRM-SE 5348

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

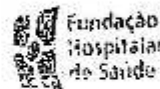
ENDEREÇO:

O paciente Jose Enalio dos
Santos foi operado de fratura
proximal de ulna esquerda com
fixação com fios de titânio com
placa e parafusos e, deverá ficar
em tratamento médico ambulatorial
por 90 (noventa) dias, controlado
a partir desta data, não podendo,
portanto, trabalhar durante este período.

02.02.0061 - HIRAM

em 5222

28/12/2017
 José Prado Feitosa
Gratificação de Trabalho
Ortopedia e Traumatologia
CRM 91384-SE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)
RECEITUÁRIO

PACIENTE: Relatório Médico

Trata-se de JOSÉ ENALDO DOS SANTOS, 50 anos
com história de atropelamento dia 19/12/2015,
evoluindo com dor em coluna dorsal e MSE.
Realizou TC de coluna dorsal que evidenciou
fratura de corpos vertebrais de múltiplas vér-
tebras (T5 a T9) e raio X de Antebraço com
fratura proximal esquerda. Paciente com indicação
de tratamento conservador com analgesia e
repouso em regime domiciliar. No momento, em
condições de alta pela Neurocirurgia e com pedi-
do de avaliação da ortopedia. DATA: _____
Solicitado afastamento das Atividades Laborativas
por 60 dias para tratamento domiciliar do quadro

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

Cid 10: J22.0

Assinatura: 19/12/15

Cícero Santos de Lima
Médico Residente
Neurocirurgia - RBHC
CRMSE 5011

Nome do(a)
Paciente:

ATESTADO

ATESTADO QUE O
PACIENTE SOFRE EPOCADA DOS
SINTOMAS ENCONTRANDO-SE IMPOSSIBIL
TODOS DE EXERCER AS FUNÇÕES
PROFISSIONAIS DEVIDO A LESÃO
DOS-TRONCO.

ED-55-22.
M54.4.
M75.5
M25.5
R07.4.

11/03/16

Dr. Domingos Siqueira P. da Costa
Cardiologista/Clinico Geral
CRM 1148

Prescritor

Prescrever pelo nome genérico é legal - Lei nº 9.787/99

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Sergipe, nº 1310 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju - CEP 49075-540
Fone: (79) 3179-1014 - Fax: (79) 2105-9711

MOD. 03

RECEITUÁRIO

Dr. Enob de Jesus

PACIENTE:

ENDEREÇO:

Biofloc 15 g

*us. 2x/dia
(19.001)*

Pelo

6 at. cor de 12/12

(2 - 154)

03/02/2016

*José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1038 - RQE 2881*

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE: José Emílio dos Santos

Rx _____
uso oral

① Nimesulida 100mg _____
02 caixas.
Tomar o comprimido de 12/12h

② Clobenzaprina 10mg _____
02 caixas.
Tomar o comprimido de 8/8h

③ paracetamol gotas _____
01 frasco
Tomar 40 gotas de 6/6h se der ou febre

Cicero Santos de Lima
Médico Residente
Neurologia - FRC
CRM 5014

DATA 19/12/15

MEDICO (Assinatura e Carimbo)

RECEITUÁRIO

PACIENTE: JOSÉ ERALDO SANTOS

ENDEREÇO:

Rx:

PROFLAM 100 MG. _____ 1 CX.

USO: 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HS.

(6 e 18 hs.)

CEFALOTINA 500 MG. _____ 1 CX.

USO: 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HS.

(6, 12, 18 e 24 hs.)

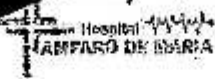
3 - TIPOIA IMOBILIZADORA PARA BRAÇO TIPO AMERICANA OU VELPEAU

ESTÂNCIA 28/12/2015

José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1030 - RQE-2791

STIMULADA LINES DPM 15 31-03-2017 17:06 323859 1/1

- ① Continuee diee alternate, (3/3 dias)
- ② Retornar pontos com 12 dias
- ③ Retornar com 30 dias se tudo correr bem
- ④ Qualquer problema, retornar imediatamente



ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA AMPARO DE MARIA

Rua Dr. Jessé Fontes, nº 197 - Centro Estância/SE

ESTÂNCIA/SE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: JOSÉ ERALDO SANTOS

ENDEREÇO:

Rx:

PROFLAM 100 MG. _____ 1 CX.

USO: 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HS.

(6 e 18 hs.)

CEFALOTINA 500 MG. _____ 1 CX.

USO: 01 COMPRIMIDO DE 6/6 HS.

(6, 12, 18 e 24 hs.)

3 - TIPO DIA IMOBILIZADORA PARA BRAÇO TIPO AMERICANA OU VELPEAU

ESTÂNCIA 22/12/2015

José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 19335 RQE 2891

SESSÃO LÍDER PARA LE 21-680-2017 17:00 323860 1/1

- ① Continuar de 3/3 de
- ② Retirar pontos com notas
- ③ Redobrar com 30 dias de
- ④ Qualquer problema, retornar o conteúdo



Nome do(a)
Paciente:

JOSE *EPOLIO* *DOS SANTOS*

1 *01/04/2017* *00:00* *407*
visi. do EIMD. VS *de 2/2*

SERVIÇO DE REGISTRO E CONTROLE DE MEDICAMENTOS
31-03-2017 17:06 320861 1/1

2
12/03/16

Prescritor

Prescrever pelo nome genérico é legal - Lei nº 9.787/99

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Sergipe, nº 1310 - Bairro Siqueira Campos - Aracaju - CEP 49075-540
Fone: (79) 3179-1014 - Fax: (79) 2106-9711

COMO VOCÊ DEVE USAR SEU MEDICAMENTO

Usando os medicamentos corretamente, você estará contribuindo para sua própria recuperação

[illegible]

RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE

- ### RECOMENDAÇÕES AO PACIENTE
- Evite usar medicamentos sem orientação médica;
 - Durante a consulta, informe-se com o médico sobre o medicamento prescrito;
 - Informe o seu médico sobre o uso de outros medicamentos;
 - Não reutilize a receita;
 - Não indique, nem aceite indicação de medicamentos por amigos, vizinhos ou parentes;
 - Evite suspender o tratamento sem orientação do seu médico;
 - Todo medicamento, mesmo "natural", pode oferecer risco à saúde, se tomado sem orientação médica ou farmacêutica;
 - Na embalagem, verifique o prazo de validade, data de fabricação e se existe a sigla MS (registro no Ministério da Saúde);
 - Não jogue a bula fora, observe as informações nela contidas;
 - Guarde o medicamento em lugar seguro, sem umidade, ventilado e protegido da luz solar, ou em geladeira se for o caso;
 - Mantenha o medicamento longe do alcance das crianças;
 - Em caso de usar o medicamento errado, leve o nome ou a embalagem para seu médico ou hospital;
 - Evite o uso de bebidas alcoólicas;
 - Informe seu médico sobre qualquer alteração no seu organismo durante ou após o uso do medicamento;
 - Peça a seu médico que prescreva o medicamento pelo nome genérico;
 - Ao se dirigir a uma Farmácia, em caso de dúvida, peça orientação ao Farmacêutico, evite indicação de balconista e exija a lista autorizada de medicamentos genéricos.

Telefones Importantes

Vigilância Sanitária Municipal: 3179-1001

Núcleo de Controle, Avaliação e Auditoria e Regulação Médica NUCAAR: 3179-1030 / 1027

Conselho Regional de Medicina - CREMESA - 3214-2410

Conselho Regional de Farmácia - 3211-9985

Secretaria Municipal de Saúde - Medicamento - 3179-1042 / 3179-1014

SAMU - 192 (Serviço de Atendimento Municipal de Urgência)

Ouvidoria (Saúde) - 3179-1080

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

ENDEREÇO:

O paciente Jose Enalio de
Santo foi operado de fratura-
proximal de ulna esquerda onde
for feitos fixa^{ções} de fratura com
placa e parafusos e, deverá ficar
em tratamento medico ambulatorial
por 90 (noventa) dias, contados
a partir desta data, nos pontos,
portanto, trabalhar durante este periodo

SENGER/2016 LINE 0001 UF 34-090-2017 1706 323862 1/1



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____

Relatório Médico

Relato que o Sr. Jasi Evaristo dos Santos, 52 anos, com história de Atropelamento dia 19/12/15, que avaliou com Dor em coluna dorsal e MS na TC evidenciou Fraturas de Processos Espinhais de Múltiplas Vertebrae - (T5 a T9).

No momento quadro atual, Dor Crônica em região de coluna lombossacra, Cervical e Torácica. Impossibilidade de exercer atividades que requerem força e mobilidade em membros Superiores e Inferiores (Antebraço e braço esquerdo).

Uma →

RNM. 166104116

(Coluna Dorsal autônoma)

Redução da intensidade de sinal

em T2 dos discos intervertebrais

T1-T2, T6-T7, T7-T8, T8-T9 e T9-T10
por desidratação/degeneração dos discos incipiente

- RNM Coluna Cervical

Redução de intensidade cervicais C2-C3,

C5-C6 e C6-C7

- Protetor discal posterior para mediana
direita em C5-C6, que compunha a
base ventral do saco dural sem sinais
de compressão Nervosa.

Devido quadro (Paciente encontra-se

Impossibilitado de exercer suas

funções habituais, Devido

lesões pós-traumáticas

CID: M54.4

M.75.5

M.25.5

R.74.4

F.32.8

Porto de Folha - So
11 de Janeiro de 2017

Dr. Luciano
Medica
CRM-SP 3348



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: José Ernaldo dos Santos

Relatório Médico

Paciente, 52 anos, masculino, relatando ter sido vítima de atropelamento há cerca de 18 meses com fratura cominuta de escápula e ulna proximal à esquerda. Evoluindo com bloqueio da prono-supinação em antebraço esquerdo. Mantém flexo-extensão de cotovelo e arco de movimento ativo e completo em ombros bilateralmente.

Cd: S42.1 + S52.0

12/08/2017

Dra. Carla Maria Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / SE 4828



VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.250.409 2. VITÁ 05/02/2013

NOME JOSE ENILDO DOS SANTOS

RAÇA BRANCA

NATURALIDADE PARÁ DOSSA LIMA DE JESUS

DATA DE NASCIMENTO 01/01/1965

SEXO MASCULINO

CPF 047.101.101-10

RG 565.645-34

ASSINATURA DO TITULAR

CT. CASAMENTO Nº 180 LV B 12 P 8

END. DIST. COM. 047.101.101-10

RG 565.645-34

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE POLÍCIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"

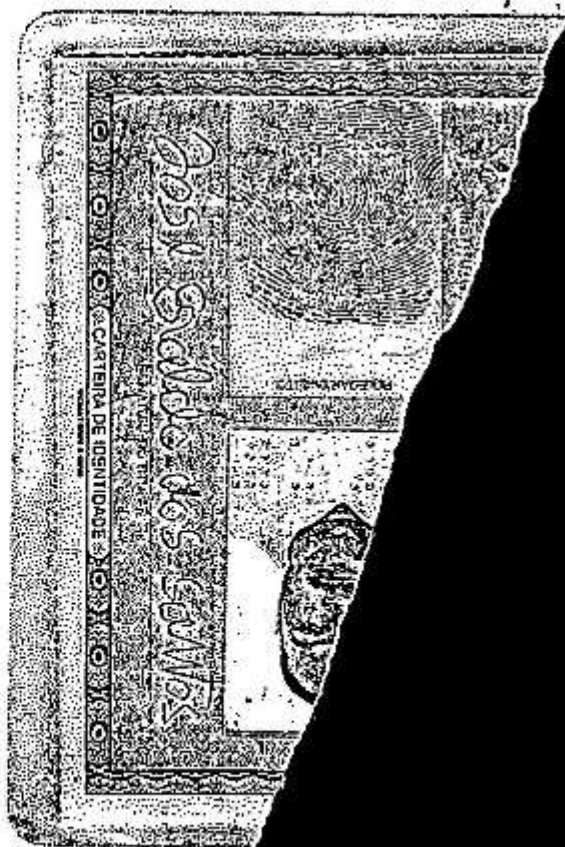
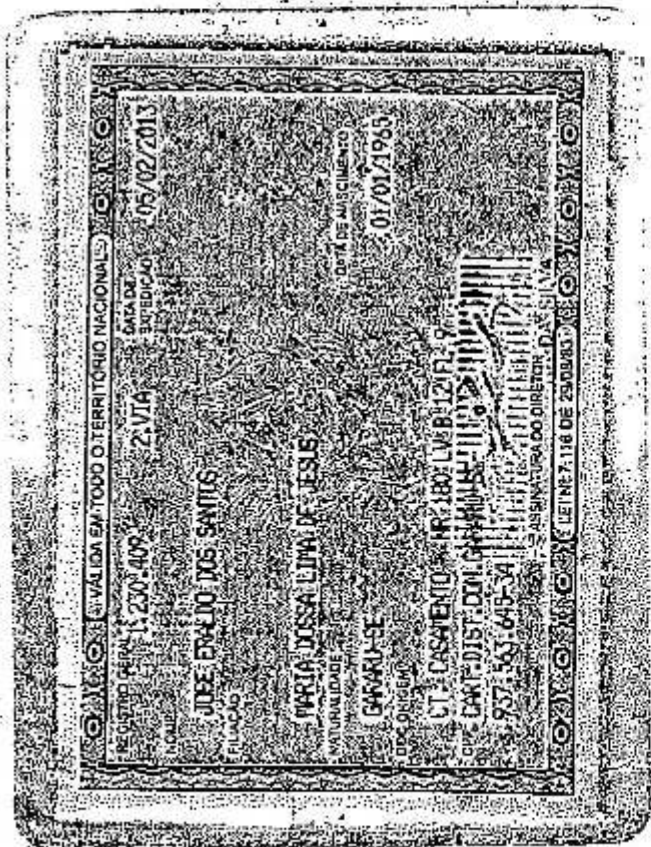
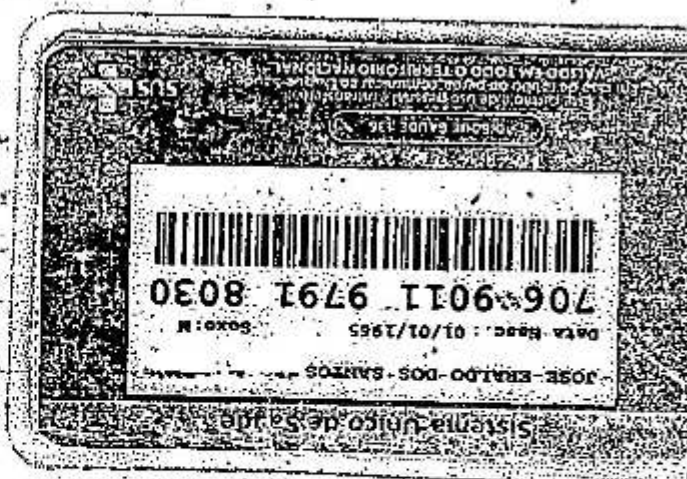
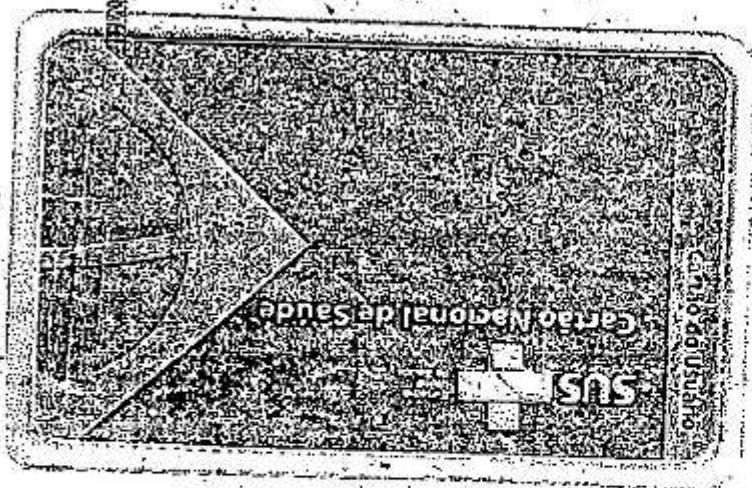
COLETA DE DADOS

JOSE ENILDO DOS SANTOS

17-458-2018 08:54 531047 1/1

31-493-2817 17:45 323847 1/1

31-493-2817 17:45 323847 1/1



Documentos de identificação





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

segunda-feira, 20 de junho de 2016

Nº Laudo
5618/2016

Dados Da Vítima

Nome da Vítima

JOSE ERALDO DOS SANTOS

Estado Civil

CASADO

Instrução

ALFABETIZADO

Endereço

TRAV. ECONOMISTA A. C. ,440

Nome da Autoridade

DANIELA RAMOS L. BARRETO.

Sexo

MASCULINO

Nome da Mãe

MARIA DOSSA LIMA DE JESUS

Cor

PARDA

Bairro

CENTRO

Função

DANIELA RAMOS L.

BARRETO

Nascimento

01/01/1965

Idade

51

Naturalidade

GARARU

Profissão

PESCADOR

Nome do Pai

NÃO DECLARADO

Município

PORTO DA FOLHA/SE

Unidade

UF

SE

1º Perito Relator

DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ

CremesetCrose

3185

2º Perito Relator

CremesetCrose

LAUDO Nº

5618/2016

Local da Perícia

Sala do IML

Tipo

Causa

Histórico/Descrição

Histórico

Relata o periciando que foi vítima de atropelamento, fato ocorrido no dia 18/12/2015, às 18h00, no município de Porto da Folha/SE. Socorrido por populares e conduzido ao Hospital de Porto de Folha, após vinte e quatro horas foi encaminhado para o HUSE, onde ficou internado por aproximadamente seis dias.

Descrição

Ao exame apresenta cicatriz hipocrômica, eutrófica, de morfologia linear, localizada em região parietal direita, medindo 4,0cm de extensão; cicatriz hiperocrômica, hipertrófica, de morfologia irregular, localizada na região supra-escapular direita, medindo 21,0cm no seu maior eixo; cicatriz normocrômica, eutrófica, de morfologia linear, localizada na região escapular direita, medindo 14,0cm de extensão; cicatriz cirúrgica hipocrômica, de morfologia linear, localizada em face posterior do antebraço esquerdo, medindo 16,0cm de extensão; cicatriz hiperocrômica, hipertrófica, de morfologia irregular, localizada na face posterior da mão esquerda, medindo 1,5cm de extensão. Apresenta limitação do movimento de supinação do antebraço esquerdo com diminuição da amplitude da rotação externa do mesmo.

Comentário Médico\Conclusão\Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre os achados e a ação contundente. As lesões não resultaram em perigo de vida, porém se faz necessário afastá-lo de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias.

[Assinatura]



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

José Eraldo dos Santos

Laudo nº 5618/2016

CONFERE COM O ORIGINAL
Elder
Delegado de Polícia
Em 22/08/2017

Conclusão

- 1) Depende de exame complementar após 90 dias.
- 2) Houve ofensa à integridade física da vítima.
- 3) Lesões produzidas por ação contundente.
- 4) Exame realizado às 16h30 do dia 20/06/2016.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Depende de exame complementar após 90 dias acompanhado de relatórios médicos atualizados.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

Dr. George Queiroz
Perito Médico Legal
COPIANTE 3185
DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ
3185

LAUDO Nº 5618/2016

Laudo Ponto
Digitalizado



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



DADOS DA GUIA DE EXAME

Nº Referente ao BO: 2016/06580.0-000012 **Natureza:** LEI 9.503/97 - LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DO VEICULO

Encaminhar laudo para: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO **Tipo de laudo:** EXAME DE LESÃO CROPORAL

Responsável pela solicitação: Anuzia Lima de Jesus Santos - DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

5618/2016

IML

Data do fato: 18/12/2015 - 18:00 até 18/12/2015 - 18:30 **Local do fato:** RODOVIA SE-200, , CENTRO, PORTO DA FOLHA - SE

Descrição do fato:

RELATA QUE no dia, hora e local supracitados, o esposo da Noticiante, José Eraldo dos Santos, foi atropelado quando caminhava pelo acostamento da rodovia, por um veículo GM D-20, cor vermelha, placa desconhecida, conduzida pela pessoa conhecida por Leandro, filho de Vicente; QUE José Eraldo dos Santos sofreu diversas lesões, foi socorrido por populares, levado ao hospital local e depois transferido de ambulância para o Hospital João Alves em Aracaju-SE; QUE José Eraldo recebeu alta médica e esta em casa aguardando data para realizar cirurgia; QUE a Noticiante não sabe o paradeiro de Leandro, que após prestar socorro, fugiu desta cidade de Porto da Folha.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

JOSE ERALDO DOS SANTOS ;

Filiação:

NÃO DECLARADO / MARIA DOSSA LIMA DE JESUS ✓

Registro Geral:

12304093

Estado Civil:

Casado ✓

Data de Nascimento:

01/01/1965 ✓

Naturalidade:

GARARU - SE ✓

Profissão:

PESCADOR ✓

Sexo:

Masculino ✓

Descrição física:

Endereço completo:

TRAVESSA ECONOMISTA ANTONIO COSTA, 440, , CENTRO, PORTO DA FOLHA

Registro de porta:

Ao

escrevente: _____

Livro: _____

fls. _____

Em: _____

Nº: _____

Entrou às: _____

horas de _____

Dia: _____

Arquive-se

Em: _____



carimbo



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Sanidade Física Complementar
(Lesões)

JOSE ERALDO DOS SANTOS

Laudos nº 1575/2018



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PUBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
INSTITUTO MEDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE SANIDADE FISICA
COMPLEMENTAR(LESÕES)

segunda-feira, 19 de fevereiro de 2018

Nº Laudo
1575/2018

Dados Da Vitima	Nascimento	Idade	Naturalidade	
Nome da Vitima	01/01/1965	53	GARARU	
JOSE ERALDO DOS SANTOS				
Estado Civil	Cor	Profissão	UF	
CASADO	MASCULINO	PAPDA	PESCADOR	SE
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai		
ENSINO	MARIA DOSSA LIMA DE JESUS	NAO DECLARADO		
FUNDAMENTAL				
Endereço	Bairro	Município		
RUA BAIRRO CARAIBAS, Nº88		PORTO DA FOLHA		
Nome da Autoridade	Função	Unidade		
BEL DANIELA RAMOS LIMA	BEL DANIELA RAMOS LIMA	DELEGACIA DE PORTO DA FOLHA		
1º Perito Relator	Cremesol/Cross	2º Perito Relator	Cremesol/Cross	
DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ	3185		1575/2018	
Local da Pericia				
Sala de Necropsias do IML				

Historico/Descrição/Discussão/Conclusão
Historico

Comparece o periciando para ser submetido a exame complementar de pericia medica referente ao laudo nº 5618/2018.

Descrição

Apresenta as mesmas lesões descritas na pericia anterior. Apresenta relatório médico assinado pelo Dra. Giuliana Feitosa, CRM 4828, datado de 12/08/2017, onde consta "bloqueio da pronossupinação em antebraço esquerdo"; relatório medico assinado pela Dra Luanna de Albuquerque CRM 5348, datado de 08/02/2018, onde consta "impossibilidade de exercer atividades que requeiram força e mobilidade em membros superiores".

Discussão

Considerando a natureza das lesões e o tempo transcorrido desde o acidente até o presente exame é possível afirmar que houve dano permanente parcial incompleto de repercussão moderada, comprometendo a função de todo o membro superior esquerdo, cujo percentual de indenização é de 35,0% (corresponde a 50% da repercussão intensa sobre 70% da perda anatômica e ou funcional completa de um dos membros superiores).

Conclusão

Houve dano permanente parcial incompleto de repercussão moderada, comprometendo a função de todo o membro superior esquerdo.

Questões Respostas

1º) Se a lesão corporal sofrida pelo paciente resultou em mutilação ou amputação, deformidade permanente do uso de algum órgão ou membro, ou qualquer enfermidade incurável que para sempre não puder exercer o seu trabalho? **Prejudicado.**

2º) Se os ferimentos produziram no paciente, incômodo de saúde que o impossibilitasse do serviço por mais de 30 dias?

Sim.

3º) Qual o estado de saúde do paciente?

Regular.

4º) Qual o tempo provável para o seu restabelecimento?

Portador de dano permanente parcial incompleto de repercussão moderada, comprometendo a função de todo o membro superior esquerdo.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confira com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DR. GEORGE WILLIAM QUEIROZ

3185

1575/2018



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DEDT - DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO

01575/2018
IML-SE

GUIA DE EXAME NO VIVO Referente: EXAME COMPLEMENTAR (REF. EXAME Nº 5618/2016)
Nº DATA: 19/02/18
Autoridade Requisitante DANIELA RAMOS LIMA BARRETO Delegada de Polícia

REMETER O LAUDO PARA DEDT

Dados da Vítima
Nome: JOSÉ ERALDO DOS SANTOS
Nacionalidade: BRASILEIRA Naturalidade: ARACAJU SE
RG nº IDADE 53 ANOS
Pai
Filiação: Mãe MARIA DOSSA LIMA DE JESUS
Estado Civil CASADO Profissão: PESCADOR
Endereço: RUA BAIRRO CARAIBAS, 588
Bairro: CENTRO Município: PORTO DA FOLHA/SE
NATUREZA DA OCORRÊNCIA ACIDENTE DE TRÂNSITO
DATA DO FATO: 18/12/15 HORÁRIO:
LOCAL DO FATO:
DATA DA COMUNICAÇÃO: HORÁRIO:
Síntese da ocorrência

EXAME COMPLEMENTAR REFERENTE AO LAUDO Nº 5618/2016. ENCAMINHAR LAUDO PARA A DELEGACIA DE PORTO DA FOLHA/SE.

Aracaju, 19 de fevereiro de 2018



Autoridade Policial

17-02-2018 08:54 581652 1/1
SERGIPE/SE LIDER PART CP

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170016257 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT FUNCIONAL GRAVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Resultados terapêuticos: REDUÇÃO E FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM PLACAS E PARAFUSOS NA FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E PARAFUSO NA FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ; EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO COM MARCHA CLAUDICANTE COM APOIO DE MULETA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA FACE ANTERIOR DA PERNA E LATERAL DO TORNOZELO (MALÉOLO), FORÇA MUSCULAR DO PÉ DIMINUÍDA, PRESENÇA DE DOR, E EDEMA DE MODERADO VOLUME EM FORMA DE BOTA, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO IMPORTANTE NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO SEVERA DO MOVIMENTO DE INVERSÃO, EVERSÃO, FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.
ANGULO DE DORSIFLEXÃO (FLEXÃO) DO TORNOZELO 0° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 20°)
ANGULO DE EXTENSÃO DO TORNOZELO 06° (AMPLITUDE ARTICULAR: 0°- 45°).

Sequelas permanentes: HOUE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/03/2017

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA JÁ AVALIADA ANTERIORMENTE POR OUTRA PRESTADORA NO VALOR DE R\$ 6.412,50 ,REFERENTE A 50% DA LESÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E 50% DO TORNOZELO ESQUERDO.

NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: MANOEL OTACILIO NASCIMENTO JUNIOR

CRM do médico: 1827/SE

UF do CRM do médico: SE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Complemento por reanálise - 7,2 %	5,04%	R\$ 680,40
Total			5,04 %	R\$ 680,40

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170016257 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO DE OLIVEIRA SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM TÍBIA E MALÉOLO LATERAL ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS

Sequelas permanentes: COMPROMETIMENTO FUNCIONAL

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: MEMBRO INFERIOR 50% + TORNOZELO 50%

Documentos complementares:

Observações:

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357372/17
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF: 937.563.645-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2015
Titular do CPF: JOSE ERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros



JOSE ERALDO DOS SANTOS : 937.563.645-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/08/2017
Nome: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 937.563.645-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2017
Nome: WENDEL DA COSTA TEIXEIRA
CPF: 083.170.017-33

JOSE ERALDO DOS SANTOS

WENDEL DA COSTA TEIXEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357372/17
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF: 937.563.645-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2015
Titular do CPF: JOSE ERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/11/2017
Nome: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF: 937.563.645-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

JOSE ERALDO DOS SANTOS

Nathalia Beatriz Braga Costa

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2017

Carta nº: 11880715

A/C: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498530 ASL-0357372/17

Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Data Acidente: 18/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/10/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 18/12/2015. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT AC

22-10-2017 13:31 266818 1/1



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

JOSE ERALDO DOS SANTOS
POV IGUAÇU, 0
RURAL
CEP 49800000 - PORTO DA FOLHA - SE



JS697714255BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Administradora do Seguro DPVAT
LÍDER
Seguradora



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357372/17
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF: 937.563.645-34

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/12/2015
Titular do CPF: JOSE ERALDO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



JOSE ERALDO DOS SANTOS : 937.563.645-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2018
Nome: JOSE ERALDO DOS SANTOS
CPF: 937.563.645-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/04/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

JOSE ERALDO DOS SANTOS

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: JOSE ERALDO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3170498530
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS
Data do Acidente: 18/12/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3170498530, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar faltando página

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi interrompido e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ERALDO DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 12/12/2015 CPF DA VÍTIMA 937.563.645-34
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR POV. INGARU
Nº 5142 COMPLEMENTO 411A BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE PRATO DA FOLHA UF SE CEP 49800-000
E-MAIL _____ TELEFONE (79) 396466703

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11/04/2018
IDENTIDADE RG 1.730.109 SE
ASSINATURA Jose Eraldo dos Santos

RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____
FILHO _____
RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170498530 **Cidade:** Porto da Folha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ERALDO DOS SANTOS **Data do acidente:** 18/12/2015 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM FACE, REGIÃO ESCAPULAR DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: SOLICITO LAUDO DE IML COMPLEMENTAR

Observações:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico: