



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

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

Dados do Processo

Processo: 201880002007	Distribuição: 03/12/2018
Número Único: 0001875-16.2018.8.25.0062	Competência: Porto da Folha
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: JOSÉ ERALDO DOS SANTOS

Endereço:

Complemento:

Bairro:

Cidade: PORTO DA FOLHA - Estado: SE - CEP: 49800000

Requerente: Advogado(a): SERGIO GITIRANA SILVA LIMA 8982/SE

Requerido: SEG LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Endereço: Avenida Barão de Maruim

Complemento:

Bairro: Centro

Cidade: Aracaju - Estado: SE - CEP: 49010340

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

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

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

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

PROCESSO:

201880002007

DATA:

10/06/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Outras Petições realizada nesta data. {Movimento Gerado pelo Advogado: KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ - 2592}

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PORTO DA FOLHA/SE

Processo: 201880002007

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE ERALDO DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja novamente determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **ratificar a comprovação do pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

PORTO DA FOLHA, 9 de junho de 2020.

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
2592 - OAB/SE

			N° DA CONTA JUDICIAL	
			0	
N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
		10/10/2019	0	ESTADUAL
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO		
10/10/2019	2559847	00018751620188250062		
UF/COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
SE	Vara Cível	RÉU	250,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
JOSE ERALDO DOS SANTOS		FISÍCA	93756364534	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
BBBBFA0A1A5C9454				
CÓDIGO DE BARRAS				
04791.59097 00001.601053 66447.047185 1 80520000025000				

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SERGIPE
GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL VIA BOLETO DE COBRANÇA

A guia de depósito poderá ser paga em toda rede bancária utilizando-se o boleto bancário abaixo

Processo nº.....: 201880002007

CEDENTE: BANCO DO ESTADO DE SERGIPE

Nome do cliente SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA	Data de Vencimento 24/10/2019	Valor Cobrado R\$ 250,00
Agência / Código do Cedente 015/909000016	Nosso Número 01056644-7	Autenticação Mecânica

 **Banese** **047-7** **04791.59097 00001.601053 66447.047185 1 80520000025000**

Local de Pagamento PAGÁVEL PREFERENCIALMENTE NA REDE BANESE					Vencimento 24/10/2019
Beneficiário BANCO DO ESTADO DE SERGIPE					Agência/Cod Beneficiário 015/909000016
Data do Documento 04/10/2019	Nº do Documento	Espécie Doc.	Aceite	Data do Processamento 04/10/2019	Nosso Número 01056644-7
Uso Banco	Carteira CS	Moeda R\$	Quantidade	Valor	(=) Valor do Documento R\$ 250,00
Instruções - Documento referente a DEPOSITO JUDICIAL; - Não cobrar Multas juros ou qualquer tipo de encargo; - Não receber após o vencimento.					(-) Desconto/abatimento
					(-) Outras deduções
					(+) Mora/Multa
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
Pagador: SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA Cpf/Cnpj: 09.248.608/0001-04					
SACADOR/AVALISTA					



Autenticação mecânica/FICHA DE COMPENSAÇÃO

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MS ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: 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:



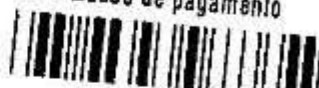
Seguradora Líder - DPVAT

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 A CIMA, 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.

SERVIÇO LÍDER 100% EF 01-09-2017 17:08 323975 1/1



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 93756364539 /CNPJ 000000000000000000 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.



355800000 X LIDER DENT OF 17-488-2010 00:54 581045 1/1



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 Notificante, 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 Notificante 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



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
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. da Folha, O. Rural domiciliado na

Cidade P. da Folha Estado Sergipe 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

SEGURADORA LÍDER DPVAT AC

22-10-2017 13:31 266819 14



JOSE ERALDO DOS SANTOS
POVIQUACU, 00 - AREA RURAL
PORTO DA FOLHA / SE CEP 48600000 (403-481)
Emissão: 23/03/2018 - Prazo de validade: Mar/2018
Classe de Serviço: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rótulo: 14-481-419-1575 - Nº medidor: 15007755017

energisa

ENERGISA SERGIPE S.A. RIB ENERGISA SA
Rua Antônio Carlos Sales, 61 - Jd. Barba
Aracaju/SE - CEP 49040-150
CNPJ 12.017.462/0001-03 - Ins. Est. 270.787-006
Nota Fiscal Eletrônica e Energia Elétrica Nº 000.232.042
Código de Verificação: 00010283478

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

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

UC (Unidade Consumidora): 3/1028947-8

Canal de contato

- Furo de energia é a maior razão para provocar acidentes graves, além de ser chato e caro para o cliente. É ainda prejudicial ao meio ambiente: o furo prejudica a qualidade do fornecimento, pode causar queda de energia, queima de eletrodomésticos e até incêndios.
- Chame os vizinhos e amigos e ajude no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/03/18	159	23/03/18	161	28
Demonstrativo				
Quantidade: Tarifa de Valor Base (Ck, Ak), Acrescimo (B), Descontos (D), Cálculo (E)				
Tabela Tarifária (R\$/kWh) 15,00 0,00 0 0,00 10,00 0,12 0,50				
SECT: Consumo em kWh 41,988 R\$ 629,72 18,82 0,00 0 0,00 10,00 0,12 0,50				

CEC Código de Classificação do bem TOTAL 19,89 0,00 0,00 19,89 0,12 0,50

Média últimos meses (kWh) 41
VENCIMENTO 02/04/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 19,89

Histórico de Consumo (kWh)
US 59 48 41 33 36 40 40 48 52 64 41
Mar/17 Abr/17 Mai/17 Jun/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18

RESERVADO AO FISCO
4b83.3617.4815.b91b.8798.8b8b.8c8a.045d.

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites	Apurado	Limite de Tensão (V)	Diferenciais	Valor (R\$)	%
DO/MESES	da ANEEL	0,00	Serviços de Dist. de Energia	7,26	36,50
DO TRIMESTRAL	22,40	NOMINAL	Companhia de Energia	8,55	43,20
DO ANUAL	48,96	CONTRATADA	Serviços de Transmissão	0,74	3,72
DO MENSAL	7,74	LIMITE INFERIOR	Encargos Sociais	2,19	11,01
DO TRIMESTRAL	15,45	LIMITE SUPERIOR	Impostos Oribais e Encargos	0,71	3,57
DO ANUAL	30,90		Outros Serviços	0,00	0,00
DO MENSAL	6,40				
DO TRIMESTRAL	18,00				
			Total	19,89	100,00

Valor de EUSD (R\$ 1/2100) R\$ 15,45

ATENÇÃO

Faturas em atraso

[illegible]

Conta referente a:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF / CNPJ / RANI
Jul / 2017	24/07/2017	24/08/2017	93756364534

UE (Unidade Consumidora): 3/1028947-8

Canal de contato

Alfredo Cúñez, diretor técnico da ABB, afirma que a tecnologia de contato é a mais clara e conveniente, se comparada a outras tecnologias de contato: isolantes, lâminas e contato de lâminas. O valor de cada elemento é aproximadamente o mesmo dos interruptores ICMIS, FIS e COFINS, demonstrando o preço total de energia por hora de vida. Essa modificação não aumenta nem valores finais, nem custos de energia.

Comprovante de residencia

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/06/12	423	24/07/12	437	51

[illegible]

COT. Cota de Classificação do Item	TOTAL	17.711,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Soma dos itens com o mesmo Emissão						
Média últimos meses (MVM)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR				
31/07/2017	RS: 17.711,00					

Histórico de Consumo (KWh)															
	48M17	59M17	06J17	13J17	20J17	27J17	03A18	10A18	17A18	24A18	31A18	07B18	14B18	21B18	28B18
44711	48M17	59M17	06J17	13J17	20J17	27J17	03A18	10A18	17A18	24A18	31A18	07B18	14B18	21B18	28B18
44711	MAR17	ABR17	MAY17	JUN17	JUL17	AUG17	SET17	OCT17	NOV17	DIC17	JAN18	FEB18	MAR18	ABR18	MAY18

RESERVADO AO FISCO
68de 8826 0a3e c5f2 880e bd11 33b0 3aad

[illegible]**ATENÇÃO**

Faturas em atraso



SECRETARIA 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 fisioterapêutico de limitação funcional grave para promoção de atividades esportivas e elevação de nível. Comparece ao atendimento fisioterapêutico no Posto de Saúde do município de Porto da Folha e necessita de continuidade no tratamento devido à sua condição física.

[Handwritten signature]

25/01/18

Dra. Shirley Milena B. Ferreira
Fisioterapeuta
CPF 070.150.235-1

SEB00000000 IN LIDER DEPART OP 17-08-2018 08:54 531848 1/1



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. 01/1/1966
RG: _____ SSP: _____ Nº DO SISPRENATAL: _____
DATA DA ADMISSÃO: 18/1/2015 HORA: 19:20 Est. Civil: solteiro
FILIAÇÃO: PAI: _____ MÃE: Maria Rosa Lima de Jesus
ENDEREÇO: R. Fundo Campo
BAIRRO: _____ CIDADE: P. da Folha - SE Profissão: Percebeiro
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 observatório. Apresenta um corte grande nos ombros. Ao Residência, chegou dispendendo, chegando muito do resaca. resaca de 190/90 mmHg T36°C Sat 98% pulso 108

DATA	HORA	EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO DAS MEDICAÇÕES
		1 Morphina 10mg 3amp 0.1 9ml DO Pozo 3ml + Pls. 1 3amp (TM)	

Dr. Camilo Bruno A. Ramalho
Médico / Cirurgia geral
CRM: 148.947

EXAMES SOLICITADOS: ULTRASSONOGRAFIA: _____
RAIO X: _____
LABORATÓRIO: _____

DESTINO: _____

☒ TRANSFERÊNCIAS 23:30 ADMISSÃO NO PS (até 24h) _____ INTERNAÇÃO _____
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, dorso 4/4, AC: 20 R 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 torácico-lombar

TC de crânio, coluna cervical e torácica

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Patrício 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
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Médica
CRM 1567



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: José 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,
apresenta TCE Moderado, com 15 pontos
Glasgow, 2015
de BACET 15mm
de BACET 15mm
de BACET 15mm

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

Uso de 10mg de 10mg

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Acidente e com 15 pontos

MÉDICO QUE O (A) ACOMPANHARÁ:

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO:

OBS: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS.

Dr. Camilo Bruno A. Ramal
Médico / Cirurgia ger
CRM: 148 947

11.1 - Pk. do Fk

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
 ENDEREÇO : RUA FUNDO DO CAMPO
 COMPLEMENTO :
 MUNICIPIO : PORTO DA FOLHA BAIRRO :
 NOME PAI/MAE :
 RESPONSAVEL : ESPOSA/MARIA
 PROCEDENCIA : PORTO DA FOLHA
 ATENDIMENTO : ATROPELAMENTO
 CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO
 ACID. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

Faturado
PS Adulto

MASCULINO

NUMERO:

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

1

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 problemas
 ci queixa de dor em região de dorso e MSE. Exame: A) Visão Acetabular
 visões sem coloração ciliar B) PNP AHT: SIRA C) FC=88 bpm, Hipertensão 14/14
 DECG-15: Pupila esquerda. E) FCE em embolização, fce em dorso e
 ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: Intussus / Exame físico completo, fce em dorso e
 dor à palpação de MSE. Abd- plano dig. fme glóbo, fbaço, midolor.

DIAGNOSTICO:

Politrauma

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICINA

@5f0,91 - 1000ml

500 - 500

2) Diprione 100mg + AD, EV

3) Profenid 100mg + 100ml sfo. 4 EV

03 30

4) Laminar e encefalo do fme

DATA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISÃO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

HORA DA SAÍDA:

[] 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: 15102

Data: 19/12/2015

Horário: 4:50

Técnico: Sapo

Relatório

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

Neurocirurgia 19/12/2015 4:30m.


Petronio Eduardo
Médico
CRM-SE 4446

Paciente vítima de atropelamento. Nas lombas do osso do. Rota de
HSE a dorso - Mergulho

Exames, orientados a 1º de fr. fr.
Muito do 1º mobilização mínima do HSE. Não permite sofrer
a melhor como do dorso.

TE do C5: Ausência de colares. 1º fraturas.
Estimula abertos a 1º controle

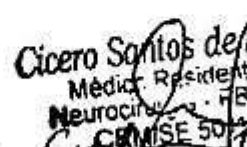
TE do Col. Cervical: 1º fratura com listrose.

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

Col: Intimado por Neurocirurgia
Analgesia.


Paulo Roberto Mendes
Neurocirurgião
CRM 2118

Atte de: Cimprie Silva
19/12


Cicero Santos de Almeida
Médico Residente
Neurocirurgia - FHEC
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
p. 29, 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.....: 999999999
Cidade.....: BRASILEIRO
Estado.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1262001
Motivo de Internacao: 945 - PS VERDE TRAUMA II
Data de Internacao: 21/12/2015
Hora de Internacao: 22:34
Nome do Paciente: 266.163.945-49 - MARIA LUCIENE MENDONÇA DE MENEZES
Nome do Médico: NAO INFORMADO
Nome do Enfermeiro: NAO INFORMADO
Nome do Auxiliar: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Informacoes de Saída:
Data de Saída:
Motivo de Saída:
Nome do Médico:
Nome do Enfermeiro:
Nome do Auxiliar:

SEMPRE LÍDER OPART 15 31-03-2017 17:06 323954 1/1



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

NOME DO PACIENTE Jose Erzob 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	IV, 2x/ds.		500 500	
		SF 0,9% 1.000ml			500 500	
		3. Antix 0,2mg + AD	IV 8/8hs	20/11/12	2x	06
		4. Diparone 0,2mg + AD	IV 6/6hs	20/11/12	2x	04
		5. Propanolol 100mg	IV 12/12hs	1/11/12	2x	
		SF 0,9% 200ml				
		6. Rlenol 0,2mg + AD	IV 8/8hs	SOS	SOS	
		7. Temml 50mg	IV 8/8hs	(4)	2x	06
		SF 0,9% 100ml				
		8. Cefecore 230°		Atenção		
		9. Reparo desloto no leito.				
		10. SV 6/6hs				
		11. Cuidado com os				
		12. Internado H. MCR				
		13. Avaliação da <i>Ortopedia</i> (fratura proximal Antebraço)				

Assinatura e carimbo do Médico

14. Dieta Branda Hipos

Dr. João S. Viana
 Neurocirurgião
 CRM 2112

Cícero Santos de Lima
 Médico Residente
 Neurocirurgia - FBHC
 CRM/SE 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 Eraldo dos Santos

Idade: _____

Data: _____

DATA	HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
20/12/15		1- Dichi Live	
20/12/15	00:15	2- SF 0,9% 1000 - EV c - 2ml	SO 11:00 11:00
24/12	500	3- Dipiridol 812 - pt + AD EV 6/6h	SO 11:00 11:00
		4- Profenid 812 - pt + 100 - SF 0,9% EV 8/8h	SO 11:00 11:00
		5- Omeprazol 40 - pt + AD EV 2x 1/12	SO 11:00 11:00
		6- SSN + CCG	SO 11:00 11:00
21/12/15 - Alta Hospitalar com med. de controle de BEG Dr. Eraldo dos Santos Cirurgião Geral CRM 3790			

HUSE
TOMOGRAFIA CLÍNICA DENEGADA
REGISTRO: 15561
Data: 23/12/15
VC Ambrosio

EXEMPLO LINEAR PRAT UF
21-100-2017 17:05 523056 17



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)

RECEITUÁRIO

PACIENTE: José 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 →

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
31-03-2017 17:06 323865 1/1

RNM. 106/04/16

(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 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 habituais, Devido
lesões pós-trauma

CID: M54.4

M.75.6

M25.5

R.97.4. Porto da Folha - Se

F.32.8

11 de Janeiro de 2017

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

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

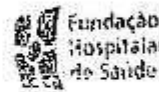
ENDEREÇO:

O paciente José Enalberto dos Santos foi operado de fratura proximal de ulna esquerda sob fratura fixada de fratura 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
Gráfica e Impressão
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9138-2/SE



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE (HUSE)
RECEITUÁRIO

PACIENTE: Relatório Médico

Trata-se de JOSÉ ENILDO 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

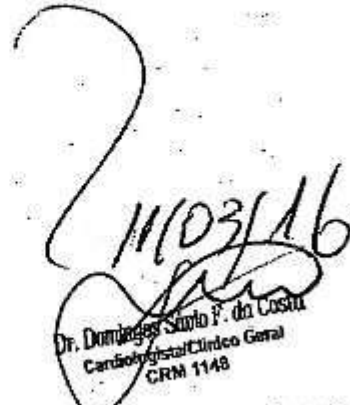
Cícero Santos de Lima
Médico Residente
Neurocirurgia - RBHC
CRMSE 5011

Nome do(a)
Paciente:

ATESTADO

ATESTADO QUE O
DOENTE SOFRE EPOCADA DOS
SANTOS ENCONTRA-SE IMPOSSÍVEL
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 13 y

us. de cor! d
(19.001.)

PALCO

6. de cor de 12/12/16

(7 - 194)

03/02/2016

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

Cicero Santos de Lima
Médico Residente
Neurologia - FHEC
CRM/SP 5014

DATA 19/12/15

Tomar 40 gotas de 6/6h de dar ou febre

③ paracetamol gotas ——— 01 frasco

Tomar 01 comprimido de 8/8h ——— 02 caixas.

②

Tomar 01 comprimido de 12/12h

① Nimesulida 100mg ——— 02 caixas.

Rx ——— uso oral

PACIENTE: José Emilio dos Santos

RECEITUÁRIO

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE (HUSE)

SOBRE LUGAR DE RESCATE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

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.)

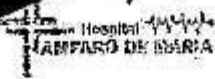
3 - TIPOIA IMOBILIZADORA PARA BRAÇO TIPO AMERICANA OU VELPEAU

ESTÂNCIA 28/12/2015

José Prado Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1030 - RQE-2391

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

- ① Continuee diee alternante, (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

SERVIÇO LÍDER PARA LE 21-680-2017 17:36 323860 1/1

- ① Continuar de 3/3 de
- ② Retirar pontos com 10 dias
- ③ Redobrar com 30 dias se ?
- ④ Qualquer problema, retornar o intervalo



Nome do(a)
Paciente:

JOSE
POLID
DOS SANTOS

10/04/2017 17:06
V3
427

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
31-000-2017 17:06 323861 1/1

2
10/04/2017

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 fixações 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 período

SENGER/2018 LINE 0001 UF 34-990-2017 1706 323862 1/1

02.02.0061 - HIRAM

5522

28/12/2016
José Prado Feitosa
Gráfica *Prado Feitosa*
Ortopedia e Traumatologia
CRM 41334-SE



PREFEITURA MUNICIPAL DE
PORTO DA FOLHA - SE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Nome: _____

Relatório Médico

Relato que o Sr. Jasi Eudes Santos, 52 anos, com história de Atropelamento dia 19/12/15, que avalui com Dor em coluna dorsal e MS na TC evidenciou Fraturas de Processos espinhosos 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 supunha, força e mobilidade em membros Superiores, e de membros Anteriores (membro esquerdo).

Uma →

RNM. 166104116

(Coluna Dorsal anterior)

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 dorsal sem sinais
de compressão Nervosa.

Devido quadro Paciente encontra-se

Impossibilitado de exercer suas

funções habituais. Devido

lesões pós-traumáticas

CD: M54.4

M75.5

M25.5

R74.4

F32.8

Porto de Folha - So
11 de Janeiro de 2017

Dr. Luciano
Medica
CRM 5348



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 prona-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 Feitosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / SE 4828

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.250.409 2. VTA DATA DE EMISSÃO 05/02/2013

NOME JOSE ENILDO DOS SANTOS

PLACAO

NATURALIDADE PARUA DOSSA LIMA DE JESUS

DATA DE NASCIMENTO 01/01/1965

CPF 047.101.101-10

CT. CASAMENTO NR 180 LV B 12 P 8

CPF 047.101.101-10

RGT 565.645-34

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"

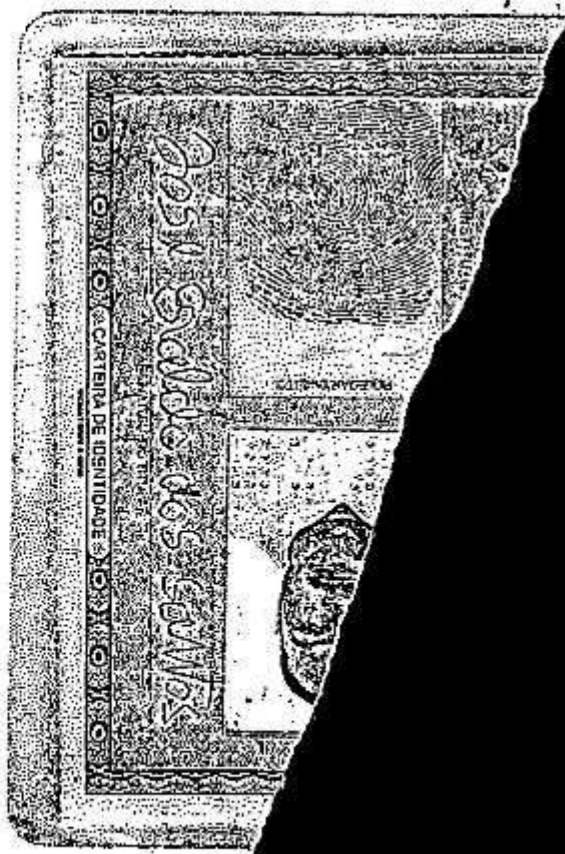
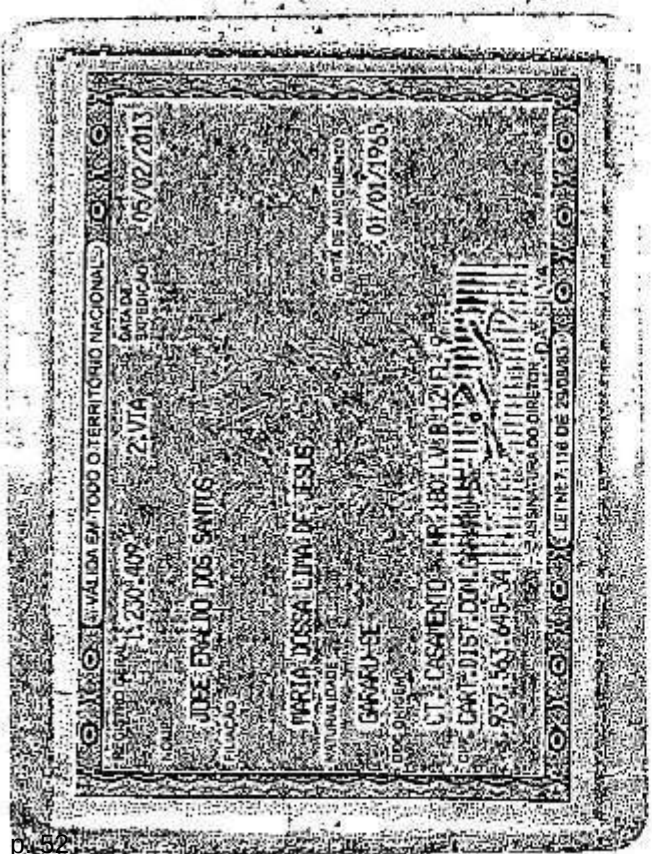
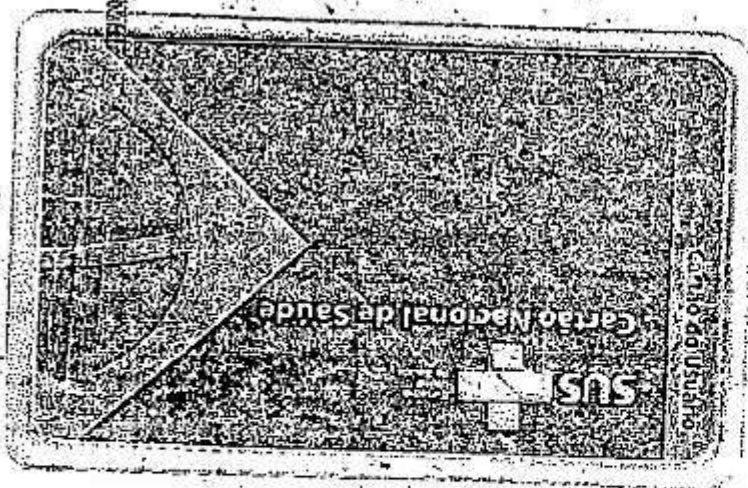
COLETAIR GABEITO

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



706 9011 9791 8030
Data Base: 01/01/1965
Sexo: M

JOSE-ERALDO-DOS-SANTOS
Sistema Único de Saúde



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

Cremeset/Crose

3185

2º Perito Relator

Cremeset/Crose

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.



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. Confiere 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 Fonecia
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 ✓

Delega. Anuzia Lima Barreto
Delegada de Polícia Classe

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

SEB00000 N LIXEIR IMPAT OF 17-09-2018 00:51 581049 1/1



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	Sexo	Cor	Profissão	UF
CASADO	MASCULINO	PARDA	PESCADOR	SE
Instrução	Nome da Mãe		Nome do Pai	
ENSINO	MARIA DOSSA LIMA DE JESUS		NAO DECLARADO	
FUNDAMENTAL				
Endereço	Bairro		Município	
RUA BAIRRO CARAIBAS, Nº 88			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 5618/2016.

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

SEMPRODUA 16 LIDER OPART 09 17-ABR-2018 08:54 581651 1/1



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 581052 1/1
SERGIPE/SE
LIDER UPAI 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

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.

p. 66tenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

SEGURADORA LÍDER DPVAT AC

22-10-2017 15:31 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

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

17-488-2013 00:54 581044 1/1

SEGURADORA LÍDER DPVAT

17-488-2013 00:54 581044 1/1

Carta nº 12061208

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: