

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00060

CONTA: 000000076700-9

Nr. da Autenticação 5FC02BA3BCE34237

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190369117
Nome do(a) Examinado(a): Evandro Mendonça dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Lindinalva Dias de Souza, 140 Cs
Alecrim Estancia SE CEP: 49200-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.440.950-2
Data local do acidente: [24/08/2018]
Data local do exame: [19/06/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE EPÍFISE DO RÁDIO (PUNHO) COM LUXAÇÃO RADIO ULNAR À ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA/LUXAÇÃO COM FIOS DE KIRSCHNER CRUZADOS.
Complicações: BLOQUEIO MODERADO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO ESQUERDO, RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS.
Data da Alta: 25/08/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUIDA (+++/+5), CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 35°
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
PUNHO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

MARIA JOSE DE MENDONCA
RUA GERALDO BISPO SOUZA, 642
ALECRIM
49200-000 ESTANCIA SE

Referência

SETEMBRO /2018

Telefone

(79) 3522-8250

Vencimento

01/10/2018

Total a pagar

R\$ 52,00

Resumo da sua fatura

**OI FIXO****R\$ 20,45**

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL
SERVIÇOS DIGITAIS

20,45

**OI VELOX****R\$ 31,55**

OFERTA VELOX E SERVIÇOS DE BANDA LARGA
ASSINATURA VELOX
ANTIVIRUS + BACKUP + EDUCA

31,55

29 NOV 2018

Desde 06 de novembro de 2016 foi incluído o número 9
à frente dos celulares dos DDDs 41,
42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55
passando ao formato: (DDD) 9xxxx-xxxx.

Mais informações em www.oi.com.br/9digito.

CÓDIGO MINHA OI
011501015069

www.oi.com.br/MinhaOi
Cadastre-se na Minha Oi e consulte
saldo, conta detalhada, histórico de
consumo e muito mais.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Jose de Mendonça,
RG nº 689.181, data de expedição 08/03/2013
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 349.268.895-04 com
domicílio na cidade de Estância, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Geraldo Bispo de Souza, nº 642,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Brandão Mendonça dos Santos, cujo o condutor era
Brandão Mendonça dos Santos

Veículo: Moto
Modelo: I/WUYANG WY 480-2
Ano: 2014/2015
Placa: QK U 8737
Chassi: LWYMCA202F6016343
Data do Acidente: 25/08/2018
Local e Data: Estância/SE, 31/11/2018

Maria Jose de Mendonça
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DA COMARCA DE ESTÂNCIA-SE**
Praça Jachem de Figueiredo, 01 - Centro - Estância-SE - CEP: 41500-000
Fone: (029) 3523-3575 - Email: extra.estancia@tjse.jus.br; maripos@tjse.jus.br

Reconheço a firma de: MARIA JOSE DE MENDONÇA, por
Autenticidade. Estância/SE 21/11/2018
Selo TJSE: 201829521047438
Acesse: www.tjse.jus.br/x/M23ZZM
Clarisse Santos Silveira

Clarisse Santos Silveira
Escriturante

29 NOV 2018



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE

RELATÓRIO MÉDICO



NOME DO PACIENTE: Evandro Mendonça da Silva
DATA DA ENTRADA: 25 / 08 / 2018
DATA DA SAÍDA: 25 / 08 / 2018

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO: PS (☒) ENFERMARIA (☐) UTI (☐)

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente de entrada pela unidade de Trauma no QRT chegou
apresentando FOC no abdômen não palpável e queixas de dor
quase com tônus gástrico e hiperfonesia no hemitórax esquerdo
e dor da musculatura pelas costas.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Sem registro no prontuário.

EXAMES COMPLEMENTARES:

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Alvaro Ferreira Alves (Ortopedia e Traumatologia)

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (☒) TRANSFERIDO (☐) ÓBITO (☐)

ARACAJU, 08 de setembro de 2018

Marcelo Augusto P. Freitas
Médico

MARCELO A. P. FREITAS

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

29 NOV 2018

DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1774080
CNS:

DATA: 25/08/2018 HORA: 02:12
SETOR: 05-ORTOPEDIA

NUCLEO DE VIGILANCIA
Epidemiologica
DATA DO ENVIO: 11/11/2018
Faturado
PS - Adulto

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS
IDADE.....: 18 ANOS NASC: 10/01/2000
ENDERECO.....: AVENIDA MANOEL BOMFIM
COMPLEMENTO....: 700607983396863 BAIRRO: ALEGRE
MUNICIPIO.....: ESTANCIA
NOME PAI/MAE...: JOSE ERALDO DOS SANTOS
RESPONSAVEL....: VIZINHO - JOAO DOS SANTOS
PROCEDENCIA....: ESTANCIA
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL...: NAO
ACID. TRABALHO: NAO

DOC....: 0409502
SEXO...: MASCULINO
NUMERO: 1397
UF: SE CEP....: 49200-000
/MARIA JOSE DE MENDONCA
TEL....: 79.99940.6
305

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

trauma no pulso direito

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: *fratura do pulso direito*

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

Tratamento com analgésico e anti-inflamatório
Observar evolução do trauma

DATA DA SAIDA: 25/08/2018

HORA DA SAIDA:

ALTA: [X] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] EML [] ANAT. PATOL.

João dos Santos
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

29 NOV 2018



ENCAMINHAMENTO

HOSPITAL DE REGIONAL SOCORRO



ENCAMINHO O PACIENTE: Evandro Mendonça dos Santos

DIAGNÓSTICO: RMS punho E

ORIENTAÇÕES:

- > PRORCURAR RECEPÇÃO DO HOSPITAL DE SOCORRO, NO DIA 31 / 10 / 2018 AS 06:00 HORAS PARA INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA DA MÃO.
- > LEVAR TODOS OS EXAMES REALIZADOS (RADIOGRATIAS, EXAMES DE SANGUE E ELETROCARDIOGRAMA E OUTROS CASO SOLICITADOS)
- > CIRURGIA AGENDADA PARA O DIA 31 / 10 / 2018 AS 07 H.
- > JEJUM APOS 23 HORAS DO DIA 30 / 10 / 2018.

ATENÇÃO: O NÃO COMPARECIMENTO DO PACIENTE NO DIA E HORA DESCRITO ITEM 1º DAS ORIENTAÇÕES, IMPLICARA DESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO E CONSEQUENTE DISPONIBILIZAÇÃO DA VAGA PARA O PRÓXIMO PACIENTES EM LISTA DE ESPERA.

24 / 10 / 2018.


Dr. Evandro Mendonça dos Santos
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM - SP 14228

29 NOV 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

HL.D:

LEITO:

DATA:

1-Dieta livre, ZERO às 23 horas

2-SG5% 500 ml EV "quando dieta zero"

3-Dipirona 01 ampola, diluída EV 6/6 horas (SOS)

4-Ao centro cirúrgico às 07:00 horas "ATENÇÃO"

5-Sinais Vitais + Cuidados Gerais

Dr. Rodrigo Meneses Santos
MR - Ortopedia e Traumatologia
CRM/SE 5592

29 NOV 2018

HORA

PA

P

T

FR

ECG de Repouso

Exame: 18263

Nome: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS

FC 107 bpm

Reg.Clin.: ORTOPEDI

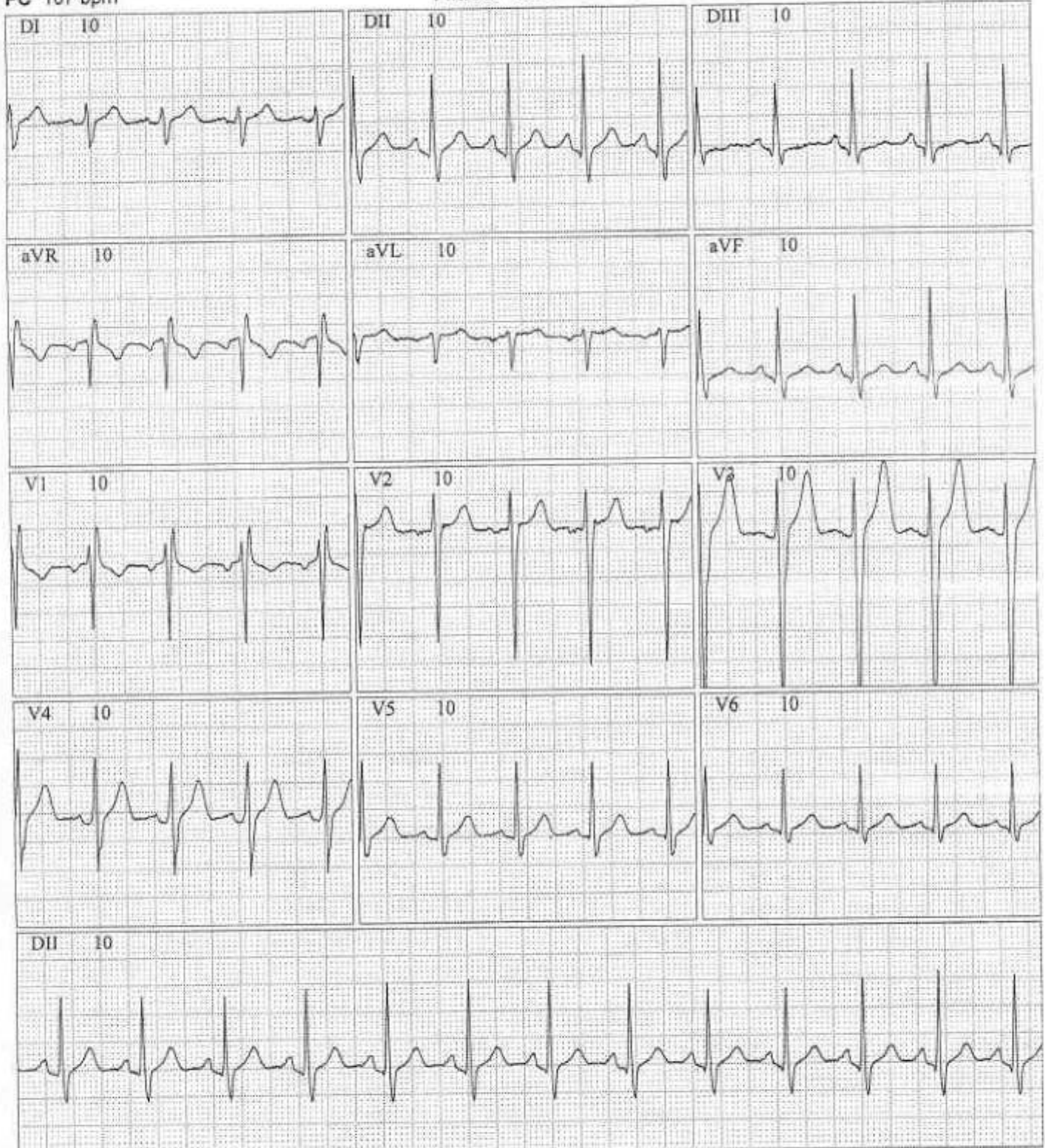
06.09.2018 HUSE

Filtros: 60Hz

Data: 06/09/2018

Nasc.: 10/01/2000

Vel.: 25 mm/s



PRÉ OPERATÓRIO ORTOPÉDICO

29 NOV 2018



N Controle: 3732949/2018

Laudo de Ecg

Unidade: Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

Hora Chegada: 16:10

Hora Saida: 16:14

Paciente: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS 06.09.2018

Idade: 18

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 06/09/2018

Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 100 bpm

SÂQRS: Indeterminado°

Conclusão: Bloqueio incompleto do ramo direito

Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia – CRM 3445

Salvador/Bahia, 6 Setembro 2018

Assinatura Eletrônica

29 NOV 2018

LAB HUSE

Relatório de amostras

06-09-2018 08:38:50

1 / 1

s/n: 518-0000528

ver: 2.0.0.156

Medida	Interpolado	Razão	INR	Observações
--------	-------------	-------	-----	-------------

Amostras identificadas

DO-PT

15.1 s

90.8 %

1.05 r

1.06 INR

(B) FI

Dr.ª Mônica Batista de Almeida
Farmacêutica / Bioquímica
CRF-SE 146

29 NOV 2018

- * Amostra identificada mutuamente (-IQ)
- (A) Produto identificado incorretamente
- (B) Curva de calibração errada manualmente
- (P) Produto caducado

- (Q) Revisto sem nenhuma política de qualidade
- (C) Erro de CV
- (D) Duplicado
- (R) Repetição

- (I) Há incorrências
- (T) Resultado fora do intervalo de normalidade
- (F) Técnica não validada

- CN Cancelada
- PE Pendente
- PR Em curso

- FI Finalizada
- RV Revista
- EX Exportada

HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE

EQUIPAMENTO 2

Pág Diagrama

ID Amost 002

RRTT R2 T2

Tipo Am Patient

SEQ# 3024 IDOP Admin

Nome Pac EDVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

DN 10/1/2000 Sex Ignorado

Corrida 6/9/2018 16:32

ID Pac AMB

DT/HR Coleta

Test CBC

Dr.

Obs 1

Modo Fechado Param 1

Anotação

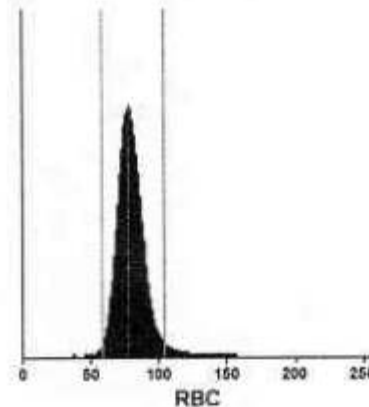
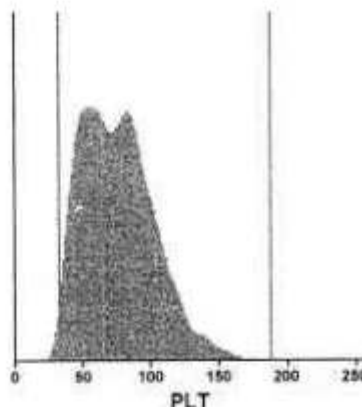
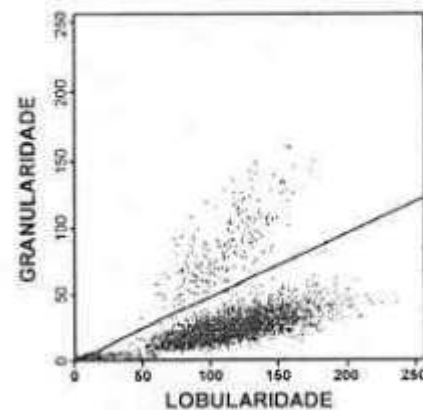
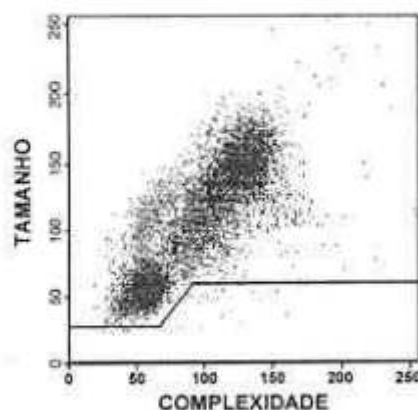
Obs 2

Limites Padrão (1)

WBC	10.2	10e3/uL
NEU	5.65	55.4 %
LYM	3.28	32.2 %
MONO	8.95	8.77 %
EOS	.240	2.35 %
BASO	.131	1.28 %

RBC	5.87	10e6/uL
HGB	16.8	g/dL
HCT	49.2	%
MCV	83.7	fL
MCH	28.6	pg
MCHC	34.2	g/dL
RDW	10.6	%

PLT	311.	10e3/uL
MPV	5.77	fL



LIM. REF

WBC	3.70-10.1	RBC	4.06-4.69	PLT	155-366.
NEU	1.63-6.96	HGB	12.9-14.2	MPV	6.90-10.6
LYM	1.09-2.99	HCT	37.7-53.7		
MONO	.240-.790	MCV	81.1-96.0		
EOS	.030-.440	MCH	27.0-31.2		
BASO	0.00-.080	MCHC	31.8-35.4		
		RDW	11.5-14.5		

INTERPRETAÇÃO

-----LEUC-----HEM-----PLT-----

ANORMAL. DEF. POR USUÁRIO :

Leucocitose

Policitemia

PLT Microcítica

Linfocitose

Monocitose

Basofilia

29 NOV 2018

Dr. Manoel Batista de Almeida
Farmacêutica / Bioquímica
CRF-SE 146



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Evandro Moura dos S.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente
acima necessita ausentar-se de suas atividades
durante 60 (sessenta) dia(s).

CID 10:

S52.5

11.9.18


Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 3036
CPF: 216.200.28-31

29 NOV 2018



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME:

Evandro Moura dos Santos

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO:

Ex Próximo Digital

PROCEDIMENTO:

Procedimento Técnico
e Fixação Percutânea

DATA DA INTERNAÇÃO:

10.09.18

DATA DO PROCEDIMENTO:

11.09.18

DATA DA ALTA:

11.09.18

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados
- **NÃO** retirar tala ou curativo
- Retorno no HUSE com Dr.

no dia

20.09.18

Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 3036
CPF: 218.300.228-37

29 NOV 2018



AMBULATORIO
DE
RETORNO

SOLICITAÇÃO DE EXA

GOVERNO DE SERGIPE SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

NOME: EVANDRO MORAES REG:
IDADE: SEXO: E. CIVIL: UNIDADE: S

QUADRO CLÍNICO:

EXAMES SOLICITADOS: 06/09/18
☒ ECG
☐ ECO
☐ ULTRASSON

EM 06.09.18

Dr. Rodrigo Alencar Santos
MR. Ortopedia e Traumatologia
CROSE 5592

MÉDICO

29 NOV 2018



Secretaria Municipal de Saúde
Rua da Saúde, 100 - Fone: (11) 3061-1234



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE:

Camilo Mendes de S.

Realizar RX:

- | | |
|--|--|
| ☐ Mão→AP+Obliq. | ☐ Direita/o |
| ☒ Punho→PA+P | ☒ Esquerda/o |
| ☐ ____ Dedo→AP+P | |

Realizar para o retorno no ambulatório!

Dr. Walter Gomes Pinheiro Junior
CRM 3036
CPE

DATA

11/09/18

MÉDICO (Assinatura e Carimbo)

29 NOV 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 014562137572
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 DOD RENAVAM: 01084748750 R.N.T.R.C.: 000000000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME: MARIA JOSE DE MENDONÇA

CPF/CNPJ: 345.268.895-04 PLACA: GKVB717

PLACA ANT./UF: GKVB717/SE CHASSI: LWYMCA20ZF6016343

ESPECÍFICO: PAS/CICLOMOTOR COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: L/WUYANK WY480-2 ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP./POT./CL: 250CV/4900 CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1* VENC. COTA ÚNICA: 2* VENC. COTAS: 3*

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 23,95 DETRAN (R\$): 2,66 CUSTO DO SEGURO (R\$): 26,62

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 OF (R\$): 0,22 TOTAL SERVIÇOS (R\$): 57,61

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 28/08/2018

SEM RESTRIÇÕES FINANCEIRAS

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL: ESTÂNCIA-SE DATA: 12/09/2018

LUCIANA C. DE CARVALHO DE MELO DIRETORA-GERENTE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 014562137572 BILHETE DE SEGURO DPVAT

MOTOR: WY139FPA14416446

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

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

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 12/09/2018

VIA: 1 DOD RENAVAM: 01084748750 R.N.T.R.C.: 000000000000 EXERCÍCIO: 2018

NOME: MARIA JOSE DE MENDONÇA

CPF/CNPJ: 345.268.895-04 PLACA: GKVB717

PLACA ANT./UF: GKVB717/SE CHASSI: LWYMCA20ZF6016343

ESPECÍFICO: PAS/CICLOMOTOR COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: L/WUYANK WY480-2 ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015

CAP./POT./CL: 250CV/4900 CATEGORIA: PARTIC. COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1* VENC. COTA ÚNICA: 2* VENC. COTAS: 3*

PREMIO TARIFÁRIO (R\$): 23,95 DETRAN (R\$): 2,66 CUSTO DO SEGURO (R\$): 26,62

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 OF (R\$): 0,22 TOTAL SERVIÇOS (R\$): 57,61

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 28/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

PET-10

29 NOV 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117 **Cidade:** Estância **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.2) - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: &XSOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Carta de Solicitação de Análise e Perícia Médica

Eu Evandro Mendonça dos Santos CPF: 016.487.285-02, sofri acidente de Trânsito no dia 24/08/2018 o qual tive Fratura do Rádio Distal Esquerdo.

Estou com graves sequelas e desde o acidente estou passando necessidades e estou com dificuldades diversas, dores constantes, perda de força do membro Superior Esquerdo, parestesia, impossibilidade de exercer atividades do dia a dia.

Peço que por gentileza prossiga com meu processo de Seguro DPVAT, para que eu seja melhor avaliado e indenizado, caso necessário uma perícia Médica estou a disposição.

Desde já agradeço!

Endereço: Rua Geraldo Bispo Souza

Bairro: Alercrim

Estância/se

CEP: 49200-000

Telefone: 79 998471511/ 3015-1511

Evandro Mendonça dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190369117

Cidade: Estância

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do acidente: 24/08/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE EPÍFISE DO RÁDIO (PUNHO) COM LUXAÇÃO RADIO ULNAR À ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO COM FORÇA MUSCULAR DO ANTEBRAÇO E MÃO DIMINUÍDA (+++/+5), CICATRIZES CIRÚRGICAS NUMULARES NA FACE LATERAL E MEDIAL DO ANTEBRAÇO (PUNHO), LOCAL DE INTRODUÇÃO DOS FIOS DE KIRSCHNER, ATROFIA DA MUSCULATURA DO ANTEBRAÇO E MÃO POR DESUSO, GRANDE DEFORMIDADE NO PUNHO COM DESVIO DA MÃO NO SENTIDO LATERAL (CALO ÓSSEO), DOR, EDEMA E BLOQUEIO SEVERO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO, RESTRIÇÃO MODERADA DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, SUPINAÇÃO E PRONAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO PUNHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO ARTICULAR DO PUNHO: EXTENSÃO 25° / FLEXÃO 35°

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 19/06/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369117

Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190369117

Vítima: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EVANDRO MENDONCA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000060

Conta: 0000076700-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 036.487.285-02 Nome completo da vítima: Evandro Mendonça dos Santos

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

Nome completo: Evandro Mendonça dos Santos CPF: 036.487.285-02
Profissão: Recusado Endereço: Rua Geraldo Bispo Souza Número: 642 Complemento: Casa
Bairro: Alexim Cidade: Estância Estado: Sergipe CEP: 49500-000
E-mail: X Tel (DDD): 3035-1533 (79) 99673-5338

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0060 ☐ CONTA: 76700 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Estância/SE, 22/11/2018
Nome: Evandro Mendonça dos Santos
CPF: 036.487.285-02

TESTEMUNHAS:

1ª | Nome: _____ 29 NOV 2018
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

X Evandro Mendonça dos Santos
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



29 NOV 2018



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

**BOLETIM DE Ocorrência Nº: 71288 - FATO ATÍPICO**

Data do registro: 22/11/2018 10:09:53

Situação: Aguardando Validação

FATO

Descrição da Natureza: Fato atípico

Endereço: Rua do Quilombo

Bairro: CENTRO

Data: 24/08/2018 23:00

Número:

Cidade: ESTANCIA

VÍTIMA

Nome: EVANDRO MENDONÇA DOS SANTOS

Nome da mãe: MARIA JOSE DE MENDONÇA

Data de nascimento: 10/01/2000

RG: 24409502

CPF:

Nome da pai: JOSE ERALDO DOS SANTOS

Profissão: RECUSA

Órgão emissor: SSP / SE

Naturalidade:

LOGRADOURO

Endereço:

CEP:

Número:

Cidade: ESTANCIA/SE

Bairro:

RELATO DO FATO:

Relata a vítima Notificante que ao trafegar no endereço acima citado conduzindo a moto I/WUYANG WY 48Q-2 PLACA QKV8717 CHASSI LWYMCA202F6016343, de Propriedade de Maria José de Mendonça CPF: 345.268.895-04, quando seguia e ao passar por uma quebra-molas sem sinalização a vítima notificante perdeu o controle da moto vindo a cair.

29 NOV 2018

X Evandro Mendonça dos Santos.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

036.487.285-02

Nome completo da vítima:

Evandro Mendonça dos Santos

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

Nome completo:

Evandro Mendonça dos Santos

CPF:

036.487.285-02

Profissão:

Recusa

Endereço:

Rua Geraldo Bispo Souza

Número:

642

Complemento:

Casa

Bairro:

Alexsim

Cidade:

Estância

Estado:

Sergipe

CEP:

49500-000

E-mail:

X

Tel (DDD): 3035-1533

(39)99673-5338

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0060

CONTA:

76700

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Estância/SE, 22/11/2018

Nome:

Evandro Mendonça dos Santos

CPF:

036.487.285-02

TESTEMUNHAS:

1º Nome:

29 NOV 2018

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

X *Evandro Mendonça dos Santos*
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**



29 NOV 2018