



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1^a VARA CIVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202088001099
Número Único: 0005026-46.2020.8.25.0053
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 14/08/2020
Competência: 1ª Vara Cível de Socorro
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez
 - DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Indenização por Dano Moral - Ato Ilícito

Dados das Partes

Requerente: JOSE CARLOS DOS SANTOS
Endereço: AVENIDA AREAL MANGABEIRA 642
Complemento:
Bairro: TAIÇOCA
Cidade: NOSSA SENHORA DO SOCORRO - E
Requerente: Advogado(a): ELTON SOARES DIA
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO
Endereço: RUA SENADOR DANTAS - 5º ANDAR
Complemento: PRÉDIO
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 2
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN S



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CIVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CIVEL DE SOCORRO DA COMARCA DE N. SRA. DO SOCORRO
Rua Dr. Manoel dos Passos, Bairro Centro, N. Sra. Do Socorro/SE, CEP 49160000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202088001099

DATA:

14/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200912131100360 às 13:11 em 12/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 02/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CARLOS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02186

CONTA: 000000034585-7

Nr. da Autenticação 5DA094B567B25B59

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200186949 **Cidade:** Nossa Senhora do Socorro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/02/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO CALCÂNEO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: (PÁG 1/2)CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 18/05/2020 DR. RENATO TEIXEIRA CRM: 1450

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200186949 **Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS**
Data do Acidente: 04/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CARLOS DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE CARLOS DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002186**

Conta: **0000034585-7**

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, retorno 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200186949** **Vítima: JOSE CARLOS DOS SANTOS**

Data do Acidente: 04/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CARLOS DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 16/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 15861898

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: jox carlos dos Santos	

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

5 - Nome completo: jox carlos dos Santos	6 - CPF: 712.869.425-00		
7 - Profissão: sem profissão	8 - Endereço: Av. Arual Mangabeira	9 - Número: 642	10 - Complemento:
11 - Bairro: Tareca	12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro	13 - Estado: CE	14 - CEP: 69160-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (88) 998885963		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2186	CONTA: 000 345 85	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	(Informar o dígito se existir)

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024359/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/03/2020 08:53 Data/Hora Fim: 04/03/2020 09:08
Origem: Polícia Judiciária Data: 04/03/2020
Delegado de Polícia: Marcelo Pais Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Alto: 5º Delegacia Metropolitana
Data/Hora do Fato: 04/02/2020 18:00

Local do Fato

Município: Nossa Senhora do Socorro (SE)
Bairro: Conjunto Marcos Freire I

CEP: 49.160-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSE CARLOS DOS SANTOS (COMUNICANTE , ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 13/08/1975 Idade: 44 anos
Naturalidade: SE - Aracaju Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: MARIA DO CARMO SANTOS Nome do Pa: JOAO DOS SANTOS

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 712.869.425-00
RG - Carteira de Identidade: 1186878

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: AVENIDA AREIAL MANGABEIRA N°: 642
Complemento: CASA
Bairro: MARCOS FREIRE I CEP: 49.160-000
Telefone: (79) 99677-1695 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Nossa Senhora do Socorro - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário: 712.869.425-00	Placa: IAJ1061
Renavam: 00195662245	Número do Motor: JC41E2A058743
Número do Chassi: 9C2JC4120AR058743	Ano/Modelo Fabricação: 2010/2010



Delegado de Polícia Civil: Marcelo Pais Dos Santos
Impresso por: Alison Oliveira D'Avila
Data de Impressão: 04/03/2020 09:09
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA CIVIL
5ª DELEGACIA METROPOLITANA - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 024359/2020

Cor PRETA

UF Veículo Sergipe

Município Veículo Aracaju

Marca/Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Modelo HONDA/CG 125 FAN ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 09/03/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido

Envolvimentos

JOSE CARLOS DOS SANTOS

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

QUE O COMUNICANTE RELATA TER SE ENVOLVIDO EM UM ACIDENTE ENTRE VEÍCULOS, QUE DISSE QUE ESTAVA VOLTANDO DO TRABALHO, CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA DE PLACA IAJ-1061, QUANDO JÁ NA PONTE DO MARCOS FREIRE, UM AUTOMÓVEL COLIDIU EM ALTA VELOCIDADE NA TRASEIRA DA MOTO, A QUAL O COMUNICANTE ESTAVA; QUE O COMUNICANTE RELATA QUE FICOU DESACORDADO, APÓS A COLISÃO, QUE FOI LEVADO POR POPULARES PARA O HOSPITAL NESTOR PIVA, APRESENTANDO LESÕES, INCLUSIVE UMA FRATURA EXPOSTA NO SEU MEMBRO INFERIOR; QUE FICOU 3 DIAS HOSPITALIZADO NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE, QUE NÃO SABE IDENTIFICAR O VEÍCULO QUE CAUSOU O ACIDENTE, POIS O MOTORISTA SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE ATÉ O PRESENTE MOMENTO, AINDA SE RECUPERA DO ACIDENTE; QUE A VITIMA COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA INFORMAR O FATO DO ACIDENTE E REGISTRAR A OCORRÊNCIA COM FITO EM ACIONAR O SEGURO DPVAT; SOLICITA PROVIDÊNCIAS.

ASSINATURAS

Alisson Oliveira D'Avila
Responsável pelo Atendimento

JOSE CARLOS DOS SANTOS
(Envolvido / Comunicante)

*Declaro, para os devidos fins de efeitos que sou (só) o(a) responsável pelas informações acima assentadas e declaro que estou responável por todo o conteúdo da declaração, de acordo com o artigo 339 da Lei de Crimes contra a Ordem Pública, conforme previsto na Lei Orgânica da Delegacia Centralizada de Atendimento à Cidadão - Delegacia de Pronto Atendimento.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
712.869.425-00 José Carlos dos Santos

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

5 - Nome completo: José Carlos dos Santos	6 - CPF: 712.869.425-00		
7 - Profissão: Sem profissão	8 - Endereço: Av. Atual Mangabeira	9 - Número: 042	10 - Complemento:
11 - Bairro: Tareca	12 - Cidade: Nossa Senhora do Socorro	13 - Estado: SE	14 - CEP: 49160-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (39) 998885963		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2186

CONTA: 000.345.85

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

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

34.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
que assinou

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

Nossa Senhora do Socorro, 19/03/20

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS



Prefeitura Municipal de Aracaju

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

FAT: 3 Data: 04/02/2020 H. de Recepção: 20:19:22 H. de Triagem:

H. de Atendimento: 20:42:02

Nome do Paciente: 996639418 - JOSE CARLOS DOS SANTOS

Nasc.: 13/08/1975 Idade: 44 Anos, 5 Meses e 22 Dias

Sexo: M CNS: 704.2042.2666.8389

Nome da Mãe: MARIA DO CARMO SANTOS

Endereço: AV AREIAL MANGABEIRA, SN

Bairro/Distr.: CONJ JOAO ALVES

Município: 280480 - NOSSA SENHORA DO SOCORRO - SE

CEP: 49.160-000

Profissional Triagem: 12855 - LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR

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

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

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

Classificação de Risco: AMARELO Setor: ATENDIMENTO CIRÚRGICO

Just. do Atendimento:

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

Leve de moto

Exame Físico:

Ferimento lacerado no calcanhar esquerdo

CID Principal: S913

Saída do Atendimento: 22 - ENCAMINHADO P/ OUTRA ESPECIALIDADE NO MESMO ESTABELECIMENTO

Dr. Lourival Duarte A. Jr.

CRM: 1851-SE

12855 - LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR

JOSE CARLOS DOS SANTOS

MEDICO CIRURGICO GERAL - CRM: 1851 - SE

Paciente

int + sonda
 PCT + CFT (1M) de 14 mm de mero
 com 7 mm de contorno - contorno na PCT

R + E x Ex. PCT + CFT (1M)

- CFT (1M) 5.000 3:00

- F. (1M) 22 000

○ - CFT (1M) 22 000

- mero 1 mm de 2.000

- PCT (1M) 1 mm de 2.000

- CFT (1M) 26.500

- mero 1 mm de 2.000

verso

Dr. Gilson L. de Souza
CRM: 1851-SE

HOSPITAL DR. NESTOR PIVA

Orientações

JOSE CARLOS DOS SANTOS
Nascimento: 13/08/1975
C.N.S.: 704.2042.2666.8389

Detalhamento:

encaminhado ao serviço de ortopedia, paciente sofreu lesão no calcâncar e a seguir segue radiografia

Fundo Municipal de Saúde de Aracaju, 04 de Fevereiro de 2020.

Dr. Lourival Duarte A. Jr.

~~MED100 - 1851-SE~~

LOURIVAL DUARTE DE ALMEIDA JUNIOR
MEDICO CIRURGIAO GERAL
CRM: 1851/SE

GUIA DE TRANSFERÊNCIA INTER HOSPITALAR 2ª. Via - Nestor Piva

DATA - 07-02-20

HORA 21:00

PACIENTE (CINCO) 10) 15000

ORIGEM Unidade Municipal de Pronto Atendimento Dr. Nestor Piva

IDADE

ANOS _____ MESES _____

SEXO

() Masculino () Feminino

TIPOSSAO DIAGNOSTICA

FMAVUM F47-102 SORVETE (F) / FEBRE - 38,0 (F)

DESTINO

HUFE

LAR 3-120 (F)

NOME DO CONTATO NO HOSPITAL DESTINO

MOTIVO

Transferir no Ceará

TIPO DE TRANSPORTE

TIPO A ()

USB ()

USA ()

HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Piora ultima 10ascende de 2000-00

mais cont. com 1000-00 (F)

CONDUTAS REALIZADAS (Medicamentos / Sondagens / Diagnósticos etc.)

Proteínas / 1000-00 2000-00

Diáfragma / 1000-00 2000-00

CETAMOL 200-00

ACEPAP 1000-00 2000-00

NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

DATA

Assinatura do Médico solicitante

Dr. Gibson Teixeira
Intensivista
nº 3543

04/02/2013



Centro Médico
do Trabalhador

PROCESSO DE ENFERMAGEM

ESTRATIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE

NOME: José Carlos dos Santos		LEITO:
IDADE:	UNIDADE:	
DATA: / /		HORA:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:		
GRAU DE DEPENDÊNCIA (ESCALA DE FUGULIM):		

SINAIS VITAIS E OUTROS

ESCALE NUMÉRICA DA DOR (0 a 5) 0 = Ausência de Dor; 1 = Dor Leve; 2 = Dor Moderada; 3 a 4 = Dor Intensa; 5 = Dor Insuportável.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
04/03	20:57	Paciente deu entrada nessa unidade vítima de "tranco" SIC, entre carro e moto, apresentou fraturando lacrante em região do calcâneo, aguardando exame de Raio X para maiores conclusões. — <i>Fernanda Maria Almeida Rodrigues</i> COREN-SE 550173 - Enfermagem
21:13		Paciente após raio X encaminhado para ortopedista. —
21:40		Avisado p/ Dr. Gilson que encaminhará p/ HU/SF + radiologos. — <i>Fernanda Maria Almeida Rodrigues</i> COREN-SE 550173
		Medicado com Diprofene + Prostamol #3 Kiffin 2g. EV. conforme prescrito. — F-IC Quilombo 1086897

NOME DO PACIENTE: JOSÉ CALLOS DOS SANTOS

DATA DA ENTRADA: 07/02/2010

DATA DA SAÍDA: 07/02/2010

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:

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, MANTENDO
FRATURA EXPOSTA DO CALCÁRIO ESQUERDO, INTERNADO, FOR
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DO
CALCÁRIO ESQUERDO, FEITO ACTA HOSPITALAR EM 07-02-2010.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Foi SUBMETIDO A TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA
DO CALCÁRIO ESQUERDO SOB ANESTESIA RAQUÍDICA.

EXAMES COMPLEMENTARES:

RAIO-X DE PR- ESQUERDO

MÉDICOS ASSISTENTES:

DR. Mário de Faria Neto

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO (X) TRANSFERIDO () ÓBITO () EVASÃO ()

ARACAJU, 17 de Fevereiro de 2010

Luc Souza de Mendonça
CRM: 201.961.025 - 91
Médico
CRM / SE 1518

Joe Tavares de Oliveira
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Luc Souza de Mendonça
CRM: 201.961.025 - 91
Médico
CRM / SE 1518

Marci

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSS

No. DO BE: 119827
CNS:

DATA: 04/02/2020 HORA: 21:56 USUARIO: WSANTOS
SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE CARLOS DOS SANTOS DOC...: 1186878
 IDADE.....: 44 ANOS NASC: 13/08/1975 SEXO..: MASCULINO
 ENDERECO....: RUA F-02 NUMERO: 124
 COMPLEMENTO...: 704204226668389 BAIRRO: PIABETA
 MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...: 49160-000
 NOME PAI/MAE..: JOAO DOS SANTOS /MARIA DO CARMO SANTOS
 RESPONSAVEL...: ANTONIO CARLOS-IRMAO
 PROCEDENCIA...: HOSPITAL NESTOR PIVA 9672 TEL...: 79-98852.
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS) 1685 664
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

DADOS CLÍNICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRITCAO

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAÍDA: / /

DATA DA SAIDA: / / : HORA DA SAIDA: :
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (INTENDADE DE SAÚDE):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE): OBITO: ATE 48HS APOS 48HS

11 RAMINA 11 TIME 11 ANAM RAMA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSASSINATOS NO CARIMBO DO MÉDICO



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: Geno Carlos do Nascimento

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fist. exposto de colon

CIRURGIA REALIZADA: Fist. de colon + fist. oncor

CIRURGÃO: Mauro de Faria Neto

AUXILIARES:

ANESTESIA: Rogério

ANESTESISTA Fábio

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

CIRURGIA LIMPA CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 CIRURGIA CONTAMINADA CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO? SIM NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

VIAS AÉREAS SUP. PULMONAR URINÁRIA SNC TGI
 CUTÂNEO AP. CARDIO-VASCULAR PLEURA OUTROS

DESCRICAÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. Desbrito dorsal dos anelíos
 2. antírumo + anelíos + oncor
 3. Linc + desmobilização + friso abdome
 4. Redução dos furocos + fixação
 5.
6. 2 Fio de ketona 2.0 + Tensujo a
7. tendão
filo de cítrico

Cortes + fato gerado

DATA: 04/02/2010

Assinatura do Cirurgião

Ato Cirúrgico de Farto A
Oncor e Tendão / Câncer de
CRM / SE 346 / TEOT / 2010

CHEKLIST DE CIRURGIA SEGURA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA					
		SIM	NÃO	NA	
1.	Dados pessoais confirmados com o paciente + equipe + prontuário + pulseira	SIM	NÃO	NA	
2.	Procedimento/sítio cirúrgico confirmado com o paciente + equipe + prontuário + exames	SIM	NÃO	NA	
3.	Termo de consentimento assinado	SIM	NÃO	NA	
4.	Checkado funcionamento do equipamento anestésico	SIM	NÃO	NA	
5.	Alergias conhecidas:	SIM	NÃO	NA	
6.	Via aérea difícil e/ou risco de broncoaspiração? Se SIM, os materiais devem estar disponível em sala	SIM	NÃO	NA	
7.	Avaliado risco de perda sanguínea >500ml (7ml/kg em crianças) Se SIM, paciente deve ter 2 AVP calibrosos punctionados ou CVC fluido previsto em sala	SIM	NÃO	NA	

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA					
8.	Todos os membros da equipe se apresentam informando nome e função	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
9.	Equipe confirma nome do paciente, local da cirurgia e procedimento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
10.	Imagens essenciais disponíveis na sala operatória	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
11.	Antibioticoprofilaxia administrada nos últimos 60min.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA
12.	Materiais e implantes no prazo de validade	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÃO					
13.	Todos os membros da equipe confirmam o procedimento realizado	SIM	NÃO	NA	
14.	Contagem de instrumentais, compressas e agulhas estão corretas	SIM	NÃO	NA	
15.	Biópsia identificada com: Nome completo do paciente, data de nascimento, nº do prontuário, nome do cirurgião e data e do procedimento. Nº de amostras:	SIM	NÃO	NA	
16.	Identificados problemas com equipamentos durante o procedimento	SIM	NÃO	NA	
17.	Recomendações especiais para o pós operatório	SIM	NÃO	NA	

ENCAMINHADO PARA:



RELATÓRIO MÉDICO

O (a) paciente

José Carlos Santos

foi atendido (a), nesta unidade dia

04/02/20

tendo sido submetido (a) tratamento cirúrgico conservador de

Fractura do Palco no Fixo c/ F.R.

REPOUSO POR 90 dias

CID 5920

ARACAJU, 07/02/20


Dr. Sérgio Cavalcanti M. de Melo
Ortopedia e Traumatologia
EAM-1822 TEOT-6348



RELATÓRIO ESPECIALIZADO

Avaliação de perda funcional e Invalidade permanente, pós tratamento das vítimas de acidente do trânsito.

Número do sinistro

Protocolo de Acidente N° 024359/2020

Nome do paciente:

JOSÉ CARLOS OS SANTOS

Data de nascimento:

13/08/1975

Data do inicio do tratamento / Acidente

04/02/2020

1 - Diagnóstico / Causas básicas:

Provável vítima de Choque Mórbido Crônico, com politrauma, contusões múltiplas, fraturas múltiplas, lesões de tecido e hemorragia interna. O Hospital Municipal Nossa Senhora das Rosas foi encaminhado ao Hospital São Paulo, e foi feito exames radiológicos e anamnese de fundo. O paciente foi encaminhado para o HNUS, para ser atendido pelo Dr. Sérgio, o cirurgião, e recebeu praxe, o Cirurgião Dr. Sérgio, para correção das

2 - Data / Tratamento Realizado:

04/02/2020 a 07/02/2020

Provável lesão craniana, realizou 1º°operado de ressecção das fraturas, com descolamento intracraniano com fratura de base da calota intracraniana com fratura de base da calota intracraniana, fez os enxertos e recebeu alta hospitalar no dia 09/02/2020.

3 - Data / Exames Complementares / Resultados:

04/02/2020

RX do Tórax e CT de 11 fases no Cervelo Crânio

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia

18/05/2020

Data

RT

Assinatura e Carimbo

4 - Hospitais / Serviços / Prestou atendimento:

04/02/2020 1º ATENDIMENTO HOSPITAL 2014 NOME
2º ATENDIMENTO NO HOSP.

5 - Descrição das perdas funcional / Invalidez permanente / Pós-tratamento realizados:

- Paciente tem sequelas de fratura de Hallux do pé direito.
- Paciente tem sequelas de fractura do ulnar do pé direito.
- Paciente tem sequelas de fratura de tibia e perna direita com fratura aberta.
- Paciente tem parte da tibia e fíbula e sustentáculo de跟骨 no MIE.
- Paciente tem parte da tibia e fíbula e sustentáculo de跟骨 e fratura de tibia e fíbula direita.

6 - Alta definitiva do tratamento:

1/05/2020. Conclusao

7 - Data do Exame do Paciente

1/05/2020

8 - Segue Exame Anexo

Paciente tem sequelas de fratura de Hallux e fíbula direita. No Hallux e fíbula direita se fraturou e se deslocou o sustentáculo de跟骨 em MIE.

9 - Médico responsável pela avaliação após análise da documentação do primeiro atendimento médico / Internação hospitalar / Histórico do paciente / Exame Fisico / Exames Complementares:

Nome do Médico	Renato Teixeira	Nº do CRM	1450	Fone:	(079) 3211-5368
Endereço	Rua Itaporanga, Bairro Getulio Vargas	Número	598	Cidade	Aracaju

Atenção: As sequelas das lesões sofridas só poderam ser determinadas após decorridos 60, 90, 180... 1 ano ou mais tempo da alta definitiva

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia - Traumatologia
MT.

18/05/2020.

Data

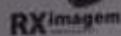
Assinatura e Carimbo

2

Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira.

Rua Itaporanga, 598 - CEP: 49055-330, Aracaju - SE, Telefones: (079) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270

RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS



Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE
Fone: (79) 3025-795

RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo: RX 41378-66 Atendimento: 27/05/20 - CND2
Cliente: JOSE CARLOS DOS SANTOS
Identidade: 1186878 /SE Nascimento 13/08/1975; 44 anos
Contato: (79)99677-1695
Convênio: PARTICULAR

RADIOGRAFIA PE ESQUERDO 02 POSIÇÕES

LAUDO:

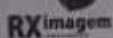
- Irregularidade óssea no terço proximal medial da falange proximal do 5º pododáctilo e no terço distal do 3º ao 5º metatarsiano
- Redução dos espaços articulares interfalangeanos
- Fratura no terço distal do 2º metatarso
- Irregularidade óssea com esporão na região dorsal do calcâneo
- Osteofitos marginais, redução do espaço articular e cistos subcondrais metatarso falangeano

Dr. Patricia Gomes Pinto
CRM 1975

A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão à disposição para qualquer esclarecimento.

JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ!

RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS



Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE
Fone: (79) 3025-795

RESULTADOS DOS EXAMES

Protocolo: RX.41099-00 Atendimento: 27/05/20 - CND2
Cliente: JOSE CARLOS DOS SANTOS
Identidade: 1186878 - SE Nascimento: 13/08/1975, 44 anos
Contato: (79)99677-1695
Convênio: PARTICULAR

RADIOGRAFIA TORMOZELO ESQUERDO 02 POSIÇÕES
LAUDO:

- Fratura no calcâneo com parafusos de fixação
- Esporão dorsal no calcâneo
- Presença de tala gessada no tornozelo

Dr. Patricia Gomes Pinto
CRM 1975

É avaliação clínica e técnica do laudo. É exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, sempre preferencialmente entre a disponibilidade para qualquer esclarecimento.

JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO. FIQUE EM PAZ!

