



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202040601276	Distribuição: 08/12/2020
Número Único: 0050972-03.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: ANDRE DOS SANTOS
Endereço: RUA HENRIQUE DIAS
Complemento:
Bairro: NOVO PARAISO
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49082230
Requerente: Advogado(a): EDNALDO BEZERRA DA SILVA JUNIOR 11154/SE
Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.
Endereço: RUA SENADOR DANTAS
Complemento: 5º ANDAR
Bairro: CENTRO
Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202040601276

DATA:

25/01/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210125204606085 às 20:46 em 25/01/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania de Aracaju

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: 17/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação 2FB0F3336C02CD0A

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: 03/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação 64FE6700430D65EA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007598 **Cidade:** São Cristóvão **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDRE DOS SANTOS **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ESPINHA TIBIAL ESQUERDA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.
P 2/6.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200007598

Cidade: São Cristóvão

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do acidente: 06/10/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA DE JOELHO COM FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR A ESQUERDA.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO EM USO DE MULETA CANADENSE E TENSOR NO JOELHO, DEPOIS DE RETIRADO EVIDENCIAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++/+5), DOR, EDEMA RECORRENTE E APÓS DEAMBULAR COM DERRAME ARTICULAR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO (+++/+4), RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
REALIZOU RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR (LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR), ROTURA DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL (ZIPE LESION), LESÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA NO PLANALTO TIBIAL LATERAL E HEMARTROSE A ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMAM JÁ INDENIZADA POR DANO LEVE DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

André dos Santos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CÍVIL 1.440.598 2.714 DATA DE EXPIRAÇÃO 16/05/2016

NOME ANDRÉ DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO CARMO DOS SANTOS

NATALIDADE NATAL ANTE SANTOS

ABRIL-20-SE 28/04/1964

DOC. ORIGINAL Nº 563 DE 01 DE 1419

CPF Nº 29 DE 118.000.118-00

843.753.995-04

DATA DE NASCIMENTO 28/04/1964

INSTITUTO BRASILEIRO DE IDENTIFICAÇÃO

Aracaju-Se, 11 de fevereiro de 2020

Ref.:

Sinistro: 3200007598

Vítima: André dos Santos

CPF: 845.759.995-04

À SEGURADORA LÍDER

Prezados Senhores,

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez parcial permanente, solicito que o processo seja reanalisado. Visto que existem sequelas permanentes oriundas da FRATURA AVULSIVA DA ESPINHA TIBIAL; ALTERAÇÃO DE SINAL DO LCA; FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA EM PLANALTO TIBIAL LATERAL E ROTURA MENISCO LATERAL, conforme o relatório médico em anexo.

Onde, fez imobilização e fisioterapias, porém ficaram as seguintes sequelas: CLAUDICAÇÃO; NÃO CONSEGUE CORRER; DIFICULDADES PARA CAMINHAR E SUBIR ESCADAS; SINAL DE GAVETA ANTERIOR POSITIVA INFERINDO ROTURA OU INSUFICIÊNCIA; DORES CONSTANTES.

Meu processo foi pago um valor de R\$ 843,75, porém esse pagamento não está correto, uma vez que minha sequela é superior a 50%. Ligando para o call center fui orientado a enviar uma nova documentação médica relatório com as descrições das lesões.

Sendo assim, solicito que seja agendada uma perícia médica com médico auditor da CNIS para que sejam constatadas as sequelas permanentes existentes.

Certo de vossa atenção e atendimento, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que seja necessário a plena elucidação do sinistro, através dos telefones citados logo abaixo.

TELEFONES PARA CONTATO: (79)3222-0817 OU (79) 99969-0167

André dos Santos

André dos Santos



Lactise
consultas e exames

Relatório Médico - DPVAT.

- (1) André das Sentes
- (2) Idade 35 anos
- (3) Data do acidente: 06.10.2019.
- (4) Diagnósticos:
 - (a) Fratura avulsiva do espinha tibial
 - (b) Alteração de sinal de LCA.
 - (c) Fratura subcondral impactada em plano alto tibial lateral.
 - (d) Rotura menisco lateral.
- (5) Tratamentos:
 - (a) Imobilização em tala gessada por 15 dias. Fisioterapia 15 sessões

Obs. Este receituário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lactise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.



Lacrise
consultas e exames

- (b) medicamentos anti-inflamatórios
- (b) Sequelas após alto definitivo:
- (a) Claudicação
- (b) não consegue correr
- (c) Ainda deve ser deixada as dores.
- (d) Sinal de givato anterior posi-
tivo, impedindo retorno da insu-
ficiência.
Sequela: 50%

Aracaju, 06/02/2020

[Signature]
Dr. Masayuki Ishi
CRM 1276
CPF: 453.890.478-34

Obs. Este recetário não vale como recibo de honorários médicos.

Rua Bahia, 975 - B. Siqueira Campos - Aracaju/SE

www.lacrise.com.br

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

MARQUE LOGO SEU PRÓXIMO ATENDIMENTO, TRABALHAMOS POR ORDEM DE PAGAMENTO.

NOME DO PACIENTE: ANDRÉ DE SOUZA
DATA DA ENTRADA: 27/10/2019
DATA DA SAÍDA: 27/10/2019

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 no HUSU vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma da coluna cervical, avaliada, internado, e após atendimento clínico por esta instituição.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografia de coluna L5/S1 e L4/L5 e LCP esvaziado

MÉDICOS ASSISTENTES:

ORIENTADOR: DR. SILVIO C. V. ALMEIDA

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

ARACAJU, 24 de NOVEMBRO de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida
SAMA / HUSE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA
SETOR: 05-ORTOPEDIA

CIENTE DO
34 S
N
OVO PARAISO
UF: SE C
S / MARIA ANITA

NOME.....	ANDRE DOS SANTOS	DOC....	1440598
IDADE.....	35 ANOS	NASC: 28/04/1984	SEXO... MASCULINO
ENDEREÇO.....	RUA HENRIQUE DIAS	NUMERO:	214
COMPLEMENTO....	701203059054917	BAIRRO: NOVO PARAISO	
MUNICIPIO.....	ARACAJU	UF: SE	CEP.... 49000-000
NOME PAI/MAE..	FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS	/MARIA ANITA SANTOS	
RESPONSAVEL....	O PROPRIO	TEL....	799976288
PROCEDENCIA....	NOVO PARAISO		
ATENDIMENTO....	ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL..	NAO	PLANO DE SAUDE.....	NAO
ACID. TRABALHO:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	NAO

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

EXAMES COMPLEMENTARES: ☐ RAIOS X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
 ☐ LIQUOR ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: ☐ SIM ☐ NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAC

Dr. Maria Goretti Fiorini
Ortopedica Traumatologia
CRM 47577 - TEL 15697

DATA DA SAIDA:

ALTA: ☐ DECISAO MEDICA ☐ A PEDIDO
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48HS	<input type="checkbox"/> APÓS 48HS	<input type="checkbox"/> FAMÍLIA	<input type="checkbox"/> IML	<input type="checkbox"/> ANAT. PATO
--	------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	-------------------------------------

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA
REALIZADO(S)

EXAME
DATA: 07
HORÁRIO:
TÉCNICO:

João de Jesus E. Silva

06.10.2018

Joe Moore

TÉCNICO EM SAÚDE

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 7154
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: ANDRE DOS SANTOS
 Documento.....: 1440598 Tipo :
 Data de Nascimento: 28/04/1984 Idade: 35 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS
 Nome da Mae.....: MARIA ANITA SANTOS
 Endereco.....: RUA HENRIQUE DIAS 214 (701203059054917) SUS
 Bairro.....: NOVO PARAISO Cep.: 49000-000
 Telefone.....: 7999762884
 Municipio.....: 2800308 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 63182
 Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
 Leito.....: 999.0049
 Data da Internacao: 06/10/2019
 Hora da Internacao: 22:51
 Medico Solicitante: 694.955.055-34 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: AAOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

Proc.Realizado:
 Dt.Hr Saida:
 Especialidade:
 Tipo de Saida:
 CID Principal:
 CID Secundario:
 Principal:
 Secundario:
 Outro:



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



LEITO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	DNDRE DOS SANTOS	IDADE	38
DIAGNÓSTICOS	1.	Data: 07/10/17	

#	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
①	Diet = VO Livre	
②	sf0-74. 600ml W < 24h	
③	D: pipas 2ul + 19 J DO W 6/6h	
④	Prophyl 600mg + 600 J SF W 8/24	
⑤	Plavix 150mg W 8/24 SOS	
⑥	claxone 400mg SC 1x ao dia	
⑦	Quasipax 400mg W 1x ao dia	
⑧	Pne. op	
⑨	SSTV i CCGG	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

[Signature]
Dr. Victor Victor
Médico CRM SE 5405



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

U.P.:

Matrícula:[illegible]

**Cernise**
CENTRO DE MEDICINA
INTEGRADA DE SERGIPE**Cernise**
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E
TENSIOGRAFIA COMPUTADORIZADA**Cemise Vida**
CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA**Cemiclin**
MEDICINA SUBSIDIÁRIA**NOS**
Núcleo de Oncologia de Sergipe

Atend. 2922098
 Nome ANDRÉ DOS SANTOS
 RG 1440598 / SSP-SE
 Méd. Sol. WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
 Convênio TABELA CEMICLIN

Senha FEX694B1
 Data 14/10/2019
 Hora 09:27
 Idade 35 anos
 Dt. Nasc. 28/04/1984

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**TÉCNICA DO EXAME:**

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Fratura avulsiva da espinha tibial, local da êntese do ligamento cruzado anterior.

Alteração de sinal das fibras do ligamento cruzado anterior (edema, estiramento).

Fratura subcondral impactada em planalto tibial lateral, mais posterior, com tênue infradesnívelamento da superfície osteocondral.

Rotura longitudinal vertical periférica em cornó posterior do menisco lateral (*zip lesion*).

Sinais de lesão parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Derrame articular. Hemartrose.

Edema de partes moles periarticulares.

Sinais de lesão do ligamento meniscomfemoral (porção profunda do LCM).

O menisco medial está de contornos e sinais preservados.

Os ligamentos cruzado posterior e colateral fibular estão de morfologia, espessura e sinais conservados.

As cartilagens de revestimento na femorotibial estão de espessura e sinais habituais, não se individualizando áreas de erosões focais significativas no presente estudo.

Questionável tênue foco de condropatia em faceta lateral da patela.

O ligamento patelar apresenta-se de espessura e sinais preservados.

Os tendões do quadríceps e da pata de ganso estão de aspecto normal.

Ventres musculares analisados com sinais habituais.

Dr. JOÃO PAULO RIBEIRO LISBOA
 CRM 2775
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

Obs: O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.

Unidades Cemise

cemise.com.br

cemise

cemisemedicina

Cernise

Centro de Medicina Integrada de Sergipe
 Rua Construtor João Alves, 228
 São José - Aracaju/SE
 3304.1000

Cernise

Ressonância Magnética e Tensiografia Computadorizada
 Rua Moacir Rabelo Leite, 138
 São José - Aracaju/SE
 3304.1010

Cemise Vida

Centro de Reprodução Humana
 Rua Guilhermino Rezende, 238
 São José - Aracaju/SE
 3043.1015

NOS

Núcleo de Oncologia de Sergipe
 Av. Pedro Valadares, 550
 Grajeru - Aracaju/SE
 3301.3235

Cemiclin

Medicina Diagnóstica
 Rua Bahia, 1175
 Siqueira Campos - Aracaju/SE
 3304.3050



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL - ARACAJU - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 120550/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 16:07

Data/Hora Fim: 14/11/2019 16:24

Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 18:00

Local do Fato

Município: São Cristóvão (SE)

Bairro: Alto De Itabaiana

Logradouro: BR-464

Complemento: em frente à mercearia Alto Santo Antonio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRÉ DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1984

Profissão: Técnico de Instalação

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Anita Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 845.759.995-04

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua Henrique Dias

Nº: 214

Bairro: Novo Paraíso

Telefone: (79) 99976-2884 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 845.759.995-04	Placa QMB4276
Renavam 01136774227	Número do Motor E3V2E-011825
Número do Chassi 9C6SEB510J0011825	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/NEO 125
Modelo YAMAHA/NEO 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/11/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andre dos Santos	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Nalile Bispo de Castro
Impresso por: Walisson Pereira Santos Barros
Data de Impressão: 14/11/2019 16:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL, ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que sofreu um acidente de moto na data e local supracitados. O comunicante estava andando pela rodovia quando, ao passar por um terreno de escorregadio, veio a cair batendo o joelho esquerdo. Com o impacto teve os ligamentos do joelho rompidos (conforme laudo médico emitido pelo HUSE) e atualmente encontra-se fazendo fisioterapia. Quanto à motociclista sofreu apenas arranhões e teve um retrovisor quebrado. O comunicante registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Walisson Pereira Santos Barros
Responsável pelo Atendimento

Andre dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) o(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

**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: 3200007598
Nome do(a) Examinado(a): Andre dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Henrique Dias, 214 Cs
Novo Paraíso Aracaju SE CEP: 49082-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 1440598
Data local do acidente: [06/10/2019]
Data local do exame: [18/02/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMA DE JOELHO COM FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR A ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E ORIENTADO REALIZAR A CIRURGIA EM REGIME AMBULATORIAL, POREM O PERICIADO NÃO CONSEGUIU AGENDAR A CIRURGIA SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE,
Complicações: BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO, RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO
Data da Alta: 09/10/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO PERICIADO EM USO DE MULETA CANADENSE E TENSOR NO JOELHO, DEPOIS DE RETIRADO EVIDENCIAMOS MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM MARCHA CLAUDICANTE (++/+4), FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUIDA (++/+5), DOR, EDEMA RECORRENTE E APÓS DEAMBULAR COM DERRAME ARTICULAR, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO SEVERO NA ARTICULAÇÃO DO JOELHO EM VIRTUDE DA DOR, SINAL DE GAVETA POSITIVO (++/+4), RESTRIÇÃO IMPORTANTE DO MOVIMENTO DE FLEXÃO, EXTENSÃO, ROTAÇÃO LATERAL E MEDIAL DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO.
AMPLITUDE DE MOVIMENTO DO JOELHO: EXTENSÃO 05° / FLEXÃO 110°
REALIZOU RESSONÂNCIA NUCLEAR MAGNÉTICA QUE REVELA FRATURA POR AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR (LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR), ROTURA DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL (ZIPE LESION), LESÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA NO PLANALTO TIBIAL LATERAL E HEMARTROSE A ESQUERDA.
- 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 EM JOELHO 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):
JOELHO - 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

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:

845 759.995-04 André 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

André dos Santos 845 759.995-04 Instalador Rua Henrique Dias 214 49082-230 Novo Paraíso Anacapu Sergipe 7973222-0817

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 1045 CONTA: 16726 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Anacapu-SE, 07 novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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: ANDRE DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000016726-6

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



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE 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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: ANDRE DOS SANTOS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000016726-6

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



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200007598

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRE 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

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: 17/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 914,84

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDRE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01045

CONTA: 000000016726-6

Nr. da Autenticação FE4ECFCE477A44E1

PARECER DE DAMS

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200067597

Data do acidente: 06/10/2019

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Atendimento: HOSPITAL

Cidade: São Cristóvão

UF: SE

Análise: Primeira Análise

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data: 13/02/2020 10:40:04

DADOS DO PARECER

Diagnóstico: FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA -

Internação: Não

Tratamento: CONSERVADOR CLINICO

Tratamento Odontológico: Não

Grupo	Código	Descrição	Pleiteado	Avaliado
Honorários Médicos	1.01.01.01-2	EM CONSULTÓRIO (NO HORÁRIO NORMAL OU PRE ESTABELECIDO)	100,00	100,00
Exames	4.11.01.31-6	RM - ARTICULAR (POR ARTICULAÇÃO)	550,00	550,00
Farmácias			264,84	264,84
Total da Análise Atual			914,84	914,84

Indicadores: Valores avaliados conforme parâmetros objetivos de aferição e praticados no âmbito do sistema de saúde**Observações:**

Informações administrativas	Pleito anterior	Avaliação anterior	Pago anterior	Pleito atual	Avaliação atual	Valor à pagar
Beneficiário: ANDRE DOS SANTOS Relacionamento: Vítima	0,00	0,00	0,00	914,84	914,84	914,84
Total da Análise Atual	0,00	0,00	0,00	914,84	914,84	914,84

TOTAL PLEITEADO: 914,84**TOTAL AVALIADO:** 914,84**TOTAL PAGO + À PAGAR:** 914,84

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200067597

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: DAMS

Procurador: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDRE DOS SANTOS

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

Recebedor: ANDRE DOS SANTOS

Valor: R\$ 914,84

Banco: 104

Agência: 000001045

Conta: 0000016726-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal: Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

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

 Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Anacapu - SE, 07 Novembro 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL - ARACAJU - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 120550/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 16:07

Data/Hora Fim: 14/11/2019 16:24

Delegado de Polícia: Nalile Bispo de Castro

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 06/10/2019 18:00

Local do Fato

Município: São Cristóvão (SE)

Bairro: Alto De Itabaiana

Logradouro: BR-464

Complemento: em frente à mercearia Alto Santo Antonio

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRÉ DOS SANTOS (COMUNICANTE, VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 26/04/1984

Profissão: Técnico de Instalação

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Anita Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 845.759.995-04

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: Rua Henrique Dias

Nº: 214

Bairro: Novo Paraíso

Telefone: (79) 99976-2884 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 845.759.995-04	Placa QMB4276
Renavam 01136774227	Número do Motor E3V2E-011825
Número do Chassi 9C6SEB510J0011825	Ano/Modelo Fabricação 2018/2017
Cor CINZA	UF Veículo Sergipe
Município Veículo Aracaju	Marca/Modelo YAMAHA/NEO 125
Modelo YAMAHA/NEO 125	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 30/11/2017	Situação do Veículo ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Andre dos Santos	Proprietário



Delegado de Polícia Civil: Nalile Bispo de Castro
Impresso por: Walisson Pereira Santos Barros
Data de Impressão: 14/11/2019 16:24
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
COORDENADORIA DE POLÍCIA CIVIL DA CAPITAL, ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 120550/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que sofreu um acidente de moto na data e local supracitados. O comunicante estava andando pela rodovia quando, ao passar por um terreno de escorregadio, veio a cair batendo o joelho esquerdo. Com o impacto teve os ligamentos do joelho rompidos (conforme laudo médico emitido pelo HUSE) e atualmente encontra-se fazendo fisioterapia. Quanto à motociclista sofreu apenas arranhões e teve um retrovisor quebrado. O comunicante registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Walisson Pereira Santos Barros
Responsável pelo Atendimento

Andre dos Santos
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) o(s) responsável(is) pelas informações acima apresentadas e ciente que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime do de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

RPS número 117190 Série 1 emitido em 15/10/2019

Emissão (Horário de Brasília)

15/10/2019 07:57:41

Período de Competência

10/2019

Município de Prestação do Serviço

Aracaju - SE

Reg. Especial Tributação

Nenhum

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social

Nome Fantasia

CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

Nome Fantasia

CEMICLIN

CPF/CNPJ

32.804.353/0002-11

Inscrição Municipal

979469

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Não

Email

ELENA@TCACONTABILIDADE.COM.BR

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3213-7709

Endereço

RUA BAHIA, 1175, Siqueira Campos - CEP: 49072-050 - Aracaju - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

ANDRE DOS SANTOS

CPF/CNPJ

845.759.995-04

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

nfse@cemiclin.com.br

Endereço

Avenida Augusto Franco - Até 2280 - Lado Par, 2000, Siqueira Campos - CEP: 49075-100 - Aracaju - SE

SERVIÇO PRESTADO

0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. CNAE: 8640206

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ANDRE DOS SANTOS - Exames de Ressonancia



CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA

Nome Fantasia

CEMICLIN

CPF/CNPJ

32.804.353/0002-11

Inscrição Municipal

979469

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Não

Email

ELENA@TCACONTABILIDADE.COM.BR

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3213-7709

Endereço

RUA BAHIA, 1175, Siqueira Campos - CEP: 49072-050 - Aracaju - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

ANDRE DOS SANTOS

CPF/CNPJ

845.759.995-04

Inscrição Municipal

979469

Inscrição Estadual

Fone/Fax

E-mail

nfse@cemiclin.com.br

Endereço

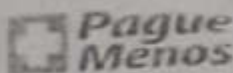
Avenida Augusto Franco - Até 2280 - Lado Par, 2000, Siqueira Campos - CEP: 49075-100 - Aracaju - SE

SERVIÇO PRESTADO

0402 - Análises clínicas, patologia, eletricidade médica, radioterapia, quimioterapia, ultra-sonografia, ressonância magnética, radiologia, tomografia e congêneres. CNAE: 8640206

OUTRAS INFORMAÇÕES





CHPJ: 06.626.253/0899-77
EMPREENDIMENTOS PAGUE MENOS S.A.
Av Paulo VI, 58 - Inacio Barbosa
ARACAJU-SE, CEP: 49040-460

DANFE NFC-e - Documento Auxiliar da Nota
Fiscal de Consumidor Eletrônica
Não permite aproveitamento de crédito de ICMS

Código	Descrição	Qtde	UN	VL Item	VL Total
493678	FLANCOX 500MG CPD/14	1	UN	36,58	36,58
De:	36,58 Por: 27,45				-9,13
	Desconto sobre item				
339318	XARELTO 10MG CPD/30	1	UN	302,37	302,37
De:	302,37 Por: 226,80				-75,57
	Desconto sobre item				
202738	DIPIRONA SOD 500MG CPD/30 GN-MED	1	UN	30,82	30,82
De:	30,82 Por: 10,59				-20,23
	Desconto sobre item				
	Qtde. total de itens				3
	Valor a Pagar R\$				264,84
	FORMA PAGAMENTO			VALOR PAGO R\$	264,84
	Cartão Débito				264,84

Consulte pela Chave de Acesso em:
www.sefaz.se.gov.br/nfce/consulta

2819 1006 6262 5308 9977 6500 2000 1093 2310 0007 3102

CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO



NFC-e nº: 109323 Série: 2
09/10/2019 15:14:52

Protocolo de autorização:
328190128402609

Data de autorização:
09/10/2019 15:14:54

CLIENTE SEMPRE PAGUE MENOS

OLASEVERINA,

VOCE E UM CLIENTE OURO.

NESSA COMPRA VOCE ECONOMIZOU R\$ 104,93

LEMBRE-SE QUE SUAS COMPRAS SAO CONTABILIZADAS EM ATÉ 15 DIAS. CONFIRA O REGULAMENTO E SEUS BENEFÍCIOS EM PORTAL PAGUEMENOS.COM.BR/FIDELIDADE

CPF CLIENTE SEMPRE 531.***.***-72

Operador 81431 Vendedor 81431

Irib aprox R\$ 35,61 Fed e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Muni

Fonte IBPT ca7gi3

Obrigado e Volte Sempre.



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU

Secretaria Municipal da Fazenda - SEMFAZ

Administração Tributária - Praça General Valadão, Nº 341 - Centro - CEP 49.010-520 - Aracaju/SE Telefone: (79) 3214-9080 e (79) 3214-9083

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS ELETRÔNICA - NFS-e

Emissão (Horário de Brasília)

05/02/2020 08:50:54

Reg. Especial Tributação

Microempresário e Empresa de Pequeno Porte (ME EPP)

Período de Competência Município de Prestação do Serviço

02/2020

Aracaju - SE

Exigibilidade do ISS

Exigível em Aracaju

Nota: 2020000

00002309

Código Verificação

8LZ4-7HB6



PRESTADOR DE SERVIÇOS

Razão Social

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS BIOMED LTDA

Nome Fantasia

BIOMED

CPF/CNPJ

13.135.678/0002-04

Inscrição Municipal

115413

Inscrição Estadual

isento

Simple Nacional

Sim

E-mail

apagar@laclise.com.br

Incentivador Cultural

Não

Fone/Fax

(79) 3253-7200

Endereço

Rua Bahia, 966, Siqueira Campos - CEP: 49075-000 - Aracaju - SE

TOMADOR DE SERVIÇOS

Nome/Razão Social

ANDRE DOS SANTOS

CPF/CNPJ

845.759.995-04

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Fone/Fax

(79) 9974-2884

E-mail

Endereço

Rua Henrique Dias, 214, Novo Paraíso - CEP: 49082-230 - Aracaju - SE

SERVIÇO PRESTADO

0403 - Hospitais, clínicas, laboratórios, sanatórios, manicômios, casas de saúde, prontos-socorros, ambulatórios e congêneres. CNAE: 8630502

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

CONSULTA AO ORTOPEDISTA PARA O MESMO.

RETENÇÕES FEDERAIS

IR (R\$)

0,00

COFINS (R\$)

0,00

INSS (R\$)

0,00

IR (R\$)

0,00

CSLL (R\$)

0,00

Outras Retenções (R\$)

0,00

VALORES

Valor dos Serviços (R\$)

100,00

Deduções (R\$)

0,00

Desconto Incondicionado (R\$)

0,00

Base de Cálculo (R\$)

100,00

Alíquota (%)

5,0000

ISS (R\$)

5,00

ISS Retido (R\$)

Desconto Condicionado (R\$)

0,00

Valor Líquido (R\$)

100,00

Valor Total da Nota (R\$)

100,00

OUTRAS INFORMAÇÕES

Optante do Simples Nacional

Visualizado em: 05/02/2020 08:50:55
Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webtaxi.com.br/externo/nfs-e/validar>
Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Yara Marcelo de Campos Lima Rosentini
inscrito (a) no CPF/CNPJ 067.127.729 / 40, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

André dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 845.759.995 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima André dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 845.759.995 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Avenida Augusto Maynard</u>	Número: <u>554</u>	Complemento: <u>1 Andar</u>
Bairro: <u>São José</u>	Cidade: <u>Anacapu</u>	Estado: <u>SE</u>
E-mail: _____		CEP: <u>49015-380</u>
		Tel.(DDD): <u>(79)3222-0817</u>

Local e Data: Anacapu-SE 07 Janeiro 2020

Yara Marcelo de Campos Lima Rosentini
Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: ANDRÉ DOS SANTOS
DATA DA ENTRADA: 27/10/2019
DATA DA SAÍDA: 27/10/2019

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 no HUSU vítima de acidente de trânsito, apresentando trauma da coluna cervical, avaliada, internado, e após atendimento clínico por esta instituição.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

/

EXAMES COMPLEMENTARES:

Tomografia de coluna L5/S1 e L4/L5 e LCP esôfago

MÉDICOS ASSISTENTES:

Enfermeiro JATISTY

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

ARACAJU, 24 de novembro de 2019

Dr. Silvio C. V. Almolda
SAMA / HUSE
CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS		HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE	
No. DO BE: 63182		DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA	
CNS:		SETOR: 05-ORTOPEDIA	
IDENTIFICACAO DO PACIENTE			
NOME	: ANDRE DOS SANTOS	DOC....	: 1440598
IDADE.....	: 35 ANOS	NASC: 28/04/1984	SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....	: RUA HENRIQUE DIAS	NUMERO: 214	
COMPLEMENTO....	: 701203059054917	BAIRRO: NOVO PARAISO	
MUNICIPIO.....	: ARACAJU	UF: SE	CEP....: 49000-000
NOME PAI/MAE...	: FRANCISCO CARDOSO DOS SANTOS	/MARIA ANITA SANTOS	
RESPONSAVEL....	: O PROPRIO	TEL....: 799976288	
PROCEDENCIA....	: NOVO PARAISO		
ATENDIMENTO....	: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)		
CASO POLICIAL..	: NAO	PLANO DE SAUDE.....	: NAO
ACID. TRABALHO:	: NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	: NAO
TRAUMA:	NAO		
PA: [X] mmHg	PULSO: []	TEMP.: []	PESO: []
EXAMES COMPLEMENTARES:	[] RAIO X	[] SANGUE	[] URINA [] TC
	[] LIQUOR	[] ECG	[] ULTRASSONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO			
DADOS CLINICOS:		DATA PRIMEIROS SINTOMAS:	
<p><i>Dor no Mto. Usava Capicoto. Dores fortes no local da lesão.</i></p> <p><i>Lesão por arma branca - 8/Quarta-feira 18/09/2019</i></p> <p><i>Dr. João Carlos Loureiro</i></p>		<p><i>06/10/2019</i></p>	
ANOTACOES DA ENFERMAGEM:			
<p><i>Ref: Dr. João Carlos Loureiro (At + Ref)</i></p> <p><i>Dr. Loureiro (At + Ref)</i></p>			
DIAGNOSTICO:			
PRESCRICAO		HORARIO DA MEDICACAO	
<p><i>Dr. João Carlos Loureiro</i></p> <p><i>Ref: Solicito TC e Ressonância Magnética</i></p>		<p><i>Dr. João Carlos Loureiro</i></p> <p><i>Ref: Solicito TC e Ressonância Magnética</i></p>	
DATA DA SAIDA: / /		HORA DA SAIDA: :	
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO		[] EVASAO [] DESISTENCIA.	
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO			
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):			
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):			
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATO			

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

HUSE
ELETROCARDIOGRAMA
EXAMES REALIZADO(S)
DATA: 06/10/2019
HORARIO: 18:09
TÉCNICO: EPR

Dr. João Carlos Loureiro
06/10/2019
Dr. João Carlos Loureiro

Dr. João Carlos Loureiro
06/10/2019
Dr. João Carlos Loureiro



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



LEITO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	DNDRE DOS SANTOS	IDADE	38
DIAGNÓSTICOS	1.	Data: 07/10/17	

#	PRESCRIÇÃO	HORÁRIOS
①	Diet = VO Livre	
②	850-94. 600ml W < 24h	
③	D: pipas 2ul + 19 J DO W 6/6h	
④	Prophyl 600mg + 600 J SF W 8/24	
⑤	Plavix 150mg W 8/24 SOS	
⑥	claxone 400mg SC 1x ao dia	
⑦	Quasipax 400mg W 1x ao dia	
⑧	Pne. op	
⑨	SSTV i CCGG	
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

[Signature]
Dr. Victor Victor
Médico CRM SE 5405



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
PRONTO SOCORRO ADULTO



Página nº 1

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente:

Idade:

Sexo:

U.P:

Matrícula:[illegible]

**Cernise**
CENTRO DE MEDICINA
INTEGRADA DE SERGIPE**Cemise**
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E
TENSIOGRAFIA COMPUTADORIZADA**Cemise Vida**
CENTRO DE REPRODUÇÃO HUMANA**Cemiclin**
MEDICINA SUBSTITUTIVA**NOS**
Núcleo de Oncologia de Sergipe

Atend. 2922098
 Nome ANDRÉ DOS SANTOS
 RG 1440598 / SSP-SE
 Méd. Sol. WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR
 Convênio TABELA CEMICLIN

Senha FEX694B1
 Data 14/10/2019
 Hora 09:27
 Idade 35 anos
 Dt. Nasc. 28/04/1984

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO**TÉCNICA DO EXAME:**

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

RELATÓRIO:

Fratura avulsiva da espinha tibial, local da êntese do ligamento cruzado anterior.

Alteração de sinal das fibras do ligamento cruzado anterior (edema, estiramento).

Fratura subcondral impactada em planalto tibial lateral, mais posterior, com tênue infradesnívelamento da superfície osteocondral.

Rotura longitudinal vertical periférica em cornó posterior do menisco lateral (*zip lesion*).

Sinais de lesão parcial das fibras proximais do ligamento colateral medial.

Derrame articular. Hemartrose.

Edema de partes moles periarticulares.

Sinais de lesão do ligamento meniscomfemoral (porção profunda do LCM).

O menisco medial está de contornos e sinais preservados.

Os ligamentos cruzado posterior e colateral fibular estão de morfologia, espessura e sinais conservados.

As cartilagens de revestimento na femorotibial estão de espessura e sinais habituais, não se individualizando áreas de erosões focais significativas no presente estudo.

Questionável tênue foco de condropatia em faceta lateral da patela.

O ligamento patelar apresenta-se de espessura e sinais preservados.

Os tendões do quadríceps e da pata de ganso estão de aspecto normal.

Ventres musculares analisados com sinais habituais.

Dr. JOÃO PAULO RIBEIRO LISBOA
 CRM 2775
 ASSINADO ELETRONICAMENTE

Obs: O valor diagnóstico do presente exame só é válido quando correlacionado com dados clínicos e outros exames complementares.

Unidades Cemise

cemise.com.br

cemise

cemisemedicina

Cernise

Centro de Medicina Integrada de Sergipe
 Rua Construtor João Alves, 228
 São José - Aracaju/SE
 3304.1000

Cemise

Ressonância Magnética e Tensiografia Computadorizada
 Rua Moacir Rabelo Leite, 138
 São José - Aracaju/SE
 3304.1010

Cemise Vida

Centro de Reprodução Humana
 Rua Guilhermino Rezende, 238
 São José - Aracaju/SE
 3043.1015

NOS

Núcleo de Oncologia de Sergipe
 Av. Pedro Valadares, 550
 Graça - Aracaju/SE
 3301.3235

Cemiclin

Medicina Diagnóstica
 Rua Bahia, 1175
 Siqueira Campos - Aracaju/SE
 3304.3050

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: (Dados do Beneficiário do Seguro DPVAT)

Nome: Andre dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Estado civil: Solteiro
Profissão: instalador
Identidade: 1440598 CPF: 022010055-16
Endereço: Rua Henrique Dias, nº 214
Bairro: novo Paraíso Cidade: Aracaju
Estado: Sergipe CEP: 49082-230

Outorgado:

JOÃO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA, natural de Maringá Paraná, solteiro, portador de cédula de identidade nº 10.283.504-2 SSP/PR, inscrito no cadastro de pessoa física nº 067.127.729-40, ADVOGADO inscrito na ordem OAB nº 13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº 554, bairro São José, Aracaju, Sergipe, CEP 49.015-380.

Pelo presente Instrumento Particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar o pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato, da qual figura como vítima:

Andre dos Santos

Local: Aracaju UF: SE Data: 11 de maio de 2018

8º OFÍCIO

Andre dos Santos

Assinatura do Outorgante (Beneficiário)
(Reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055037/20

Vítima: ANDRE DOS SANTOS

CPF: 845.759.995-04

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDRE DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovantes de despesas médicas
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA : 067.127.729-40

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ANDRE DOS SANTOS : 845.759.995-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020
Nome: JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA
CPF: 067.127.729-40

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO