



**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  
Número Único: 0050972-03.2020.8.25.0001  
Classe: Procedimento Comum  
Situação: Andamento  
Processo Origem: \*\*\*\*\*

Distribuição: 08/12/2020  
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito  
Fase: POSTULACAO  
Processo Principal: \*\*\*\*\*

**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 Apenasdos:**

--

**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

**Valorização 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# 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
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



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; DIFÍCULDADES 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 à 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



**Lacrise**  
consultas e exames

## Relatório Médico - DPVAT.

- (1) André dos Santos
- (2) Idade 35 anos
- (3) Data de acidente: 06.10.2019.
- (4) Diagnósticos:
  - (a) Fratura expulsiva da epífise tibial
  - (b) Alteração de Sinal de LCA.
  - (c) Fratura subcondral projeção em placa tibial lateral.
  - (d) Rótulo ménisco lateral.
- (5) Tratamentos:
  - (a) Imobilização em fato gestado 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.lacrise.com.br](http://www.lacrise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

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



**Lacrise**  
consultas e exames

- (b) medicamentos antiinflamatórios.
- (6) Sequelas após alto definitivo:
- (a) Deindicação
- (b) Não consegue correr
- (c) Ande devagar devido as dores.
- (d) Sinal de gosto anterior persistente, impedindo volta da insuficiência.
- Sequela: 50 %

Aprovação, 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](http://www.lacrise.com.br)

Fone: (79) 3253-7200

WhatsApp: (79) 3253-7200

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

Z

NOME DO PACIENTE: Anotei os sint

DATA DA ENTRADA: 05/10/12/19

DATA DA SAÍDA: 22/10/12/19

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 em consulta no HUSC VITIMA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO, PRESENTANDO FERIMENTO NA TECIDOS  
MUSC ANALISADA ENTRE, O ATO RECUPERAÇÃO CLINICA  
POUR OS NECESSAÇÕES HOSPITALAR

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

/

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

TUMORAL DE TECIDO: LENDO SEU ESTADO

**MÉDICOS ASSISTENTES:**

Dr. Silvio C.V. Almeida

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO  TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 24 de novembro de 2017

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

IMS/DATASUS

## HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 63182  
CNS:

DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA  
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 TRAUMA: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

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

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

#### DADOS CLINICOS:

## **ANOTACOES DA ENFERMAGEM:**

(Pf: Dr. Joachim O. (A. & P.))

Mr. John O'Farrell

## **PRESCRICAO**

~~DR. MARY GENE RICHARDSON  
Orthopedic Surgeon  
CMM 15697-TECH 15697~~

## HORARIO DA MEDICACAC

Dear Future Author of OpenNotes

Prof. Sociedade TC e IAC em enunciados

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO  
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

HORA DA SAIDA: ::

[ ] DESISTENCIA.

## TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAÚDE) -

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE): [ ] ORBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] TMT [ ] ANUIT

**ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO**

**HUSE**  
ELETROCARDIOGRAMA  
EXAMES(S) REALIZADO(S)  
DATA: 07/09/19  
HORÁRIO: 10:00 AM  
CRM:

Tc de Faelho E sua

06.10.2019

183061080

2

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 Saidas:  
Especialidade:  
Tipo de Saída:  
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:	07/01/10

#	PREScrição	HORÁRIOS
①	Dieta vo livre	SPD 10/01/10
②	sf 0.74. 1000ml W c 24h	11/01/10 - 10/02/10
③	Dipirona 200mg + 100mg DD W 6/6h	10/01/10 - 10/02/10
④	Frangal 1000mg + 100mg SF W 8/8h	10/01/10 - 10/02/10
⑤	Phosil long W 3/3h SOS	SOS 10/01/10
⑥	Chlorox 100mg SC 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑦	Quinapril 40mg W 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑧	P-í op	
⑨	SSWV + CCCGG	
10		
11		Dr. VICTOR VIEIRAS Médico CRM SE 5405
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Nome do Paciente:**

**Idade:**

Sexo:

11 B:

**Matrícula:**

Atend.  
Nome  
RG  
Méd. Sol.  
Convênio

2922098  
ANDRE DOS SANTOS  
1440598 / SSP-SE  
WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR  
TABELA CEMICLIN

Senha  
Data  
Hora  
Idade  
Dt. Nasc.

FEX694B1  
14/10/2019  
09:27  
35 anos  
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 entese 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 corno 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 meniscofemoral (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 ELECTRONICAMENTE

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

### Unidades Cemise

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

**Cemise**  
 Resonância Magnética e Tomografia Computadorizada  
 Rua Moacir Rabelo Leite, 138  
 São José - Aracaju/SE  
 ☎ 3304.1010

[cemise.com.br](http://cemise.com.br)

[cemise](#)

[cemisemedicina](#)

**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  
 Grageru - Aracaju/SE  
 ☎ 3301.3235

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



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA 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 Itabatana

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRE 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

Nº:214

Logradouro: Rua Henrique Dias

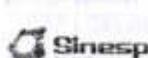
Bairro: Novo Paraíso

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 motocicleta 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)

"Destino para os devidos fins de direito que são (a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e (b) que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 329-Delatorias Criminais e 340-Comunicação Falsa ou Crime do Contraventão do Código Penal Brasileiro."



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 Paraiso 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 AVULSAO 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 AVULSAO DE ESPINHA TIBIAL E LESÃO LIGAMENTAR (LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR), ROTURA DO CORNO POSTERIOR DO MENISCO LATERAL (ZIPER LESION), LESÃO PARCIAL DAS FIBRAS DO LIGAMENTO COLATERAL MEDIAL E FRATURA SUBCONDIAL IMPACTADA NO PLANALTO TIBIAL LATERAL E HEMARTROSE A ESQUERDA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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 (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII.(\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

*Manoel Otávio Nascimento Júnior*  
Manoel Otávio Nascimento Júnior  
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 Andre' 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:	Andre' dos Santos			6 - CPF:	845 759.995-04
7 - Profissão:	Instalador	8 - Endereço:	Rua Henrique Dias	9 - Número:	244
11 - Bairro:	Novo Paraíso	12 - Cidade:	Anacafé	13 - Estado:	Sergipe
15 - E-mail:				14 - CEP:	49082-230
				16 - Tel.(DDD):	(77) 3222-0817

## 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).

## DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" 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 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:  1045

CONTA:  16726

6

(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 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 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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deuou  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 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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

Andre' dos Santos

Jon Maia de Souza  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

p.21001 V002/2019

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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
<b>Total da Análise Atual</b>			<b>914,84</b>	<b>914,84</b>

**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
<b>Total da Análise Atual</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>914,84</b>	<b>914,84</b>	<b>914,84</b>

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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:**

**Rebedor: 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: **845 759.995-04** 3 - CPF da vítima: **845 759.995-04** 4 - Nome completo da vítima: **André dos Santos**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
<b>André dos Santos</b>		<b>845 759.995-04</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
<b>Instalador</b>	<b>Rua Henrique Dias</b>	<b>244</b>
10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
<b>novo Paraíso</b>	<b>Anacaju</b>	<b>Sergipe</b>
14 - CEP:	15 - E-mail:	
<b>49082-130</b>	<b>(79) 3222-0817</b>	

## 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 checked="" 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 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)

AGÊNCIA: <b>J045</b>	CONTA: <b>JG726</b>	DIGITO: <b>6</b>	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)		Nome do BANCO: _____
			AGÊNCIA: _____
			CONTA: _____
			(Informar o dígito se existir)
			(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 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 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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascitur (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <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

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Anacaju - SE, 07 novembro 2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **André dos Santos**

43 - Assinatura do Procurador (se houver) **Jon Maia de Almeida**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
PÓLICIA 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 Itabatana

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

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDRE DOS SANTOS (COMUNICANTE , VITIMA )

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

Nº:214

Logradouro: Rua Henrique Dias

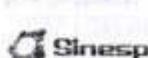
Bairro: Novo Paraíso

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  
PÓLICIA CIVIL  
COORDENADORIA DE PÓLICIA 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 motocicleta sofreu apenas arranhões e teve um retrovisor quebrado. O comunicante registra este boletim de ocorrência para fins de seguro DPVAT.

ASSINATURAS

Wallisson Pereira Santos Barros  
Responsável pelo Atendimento

André dos Santos  
(Comunicante / Vítima)

"Destino: para os devidos fins de direito que são (a) o(a) responsável pelas informações acima apresentadas e (b) a autoridade policial competente para processar criminalmente pela presente declaração que delas originam, conforme previsto nos Artigos 329-Denúncia; 340-Calúnia e 340-Comunicação Falsa ou Crime do Contraventão 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: 2019000

**00012264**

Código Verificação

QRKD-C6V8



### 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**

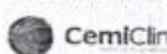
Período de Competência

**10/2019**

Reg. Especial Tributação

**Nenhum**

#### PRESTADOR DE SERVIÇOS



Razão Social

**CEMISE RESSONANCIA MAG E TOMOG COMPUTADORIZADA LTDA**

Nome Fantasia

**CEMICLIN**

CPF/CNPJ

**32.804.353/0002-11**

**979469**

Inscrição Municipal

Inscrição Estadual

Simples Nacional

Incentivador Cultural

Email

**ELENA@TCACONTABILIDADE.COM.BR**

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

CEMICLIN

#### REtenções Federais

PIS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>

#### VALORES

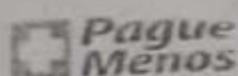
Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Aliquota (%)
<b>550,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>550,00</b>	<b>5,00</b>
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
<b>27,50</b>		<b>0,00</b>	<b>550,00</b>	<b>550,00</b>

#### OUTRAS INFORMAÇÕES

Visualizado em: 15/10/2019 16:15:13

Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.webiss.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.



CNPJ: 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 500 500MG CPD/30 GN-MED			1	UN	30,82	30,82
De:	30,82	Por:	10,59			-20,23	
Desconto sobre item							3
Qtde. total de itens							
Valor a Pagar R\$						264,81	
FORMA PAGAMENTO						VALOR PAGO R\$	
Cartão Débito						264,81	

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

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

CPF CLIENTE SEMPRE 531-\*\*\*\*-72

Operador 81431 Vendedor 81431

Irã³b arox R\$ 35,61 Fed e R\$ 0,00 Est e R\$ 0,00 Muni

Fonte IBPT ca7g13

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: 02/2020  
Município de Prestação do Serviço:

Aracaju - SE

Exigibilidade do ISS:  
Exigível em Aracaju

### 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

Simples Nacional:

Sim

Email:

apagar@laclide.com.br

Incentivador Cultural:

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:

E-mail:

(79) 9974-2884

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

IHS (R\$)	COFINS (R\$)	INSS (R\$)	IR (R\$)	CSLL (R\$)	Outras Retenções (R\$)
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### VALORES

Valor dos Serviços (R\$)	Deduções (R\$)	Desconto Incondicionado (R\$)	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)
100,00	0,00	0,00	100,00	5,0000
ISS (R\$)	ISS Retido (R\$)	Desconto Condicionado (R\$)	Valor Líquido (R\$)	Valor Total da Nota (R\$)
5,00		0,00	100,00	100,00

### OUTRAS INFORMAÇÕES

Optante do Simples Nacional.

Visualizado em: 05/02/2020 08:50:55  
Para validação desta NFS-e acesse: <https://aracajuse.mepaxx.com.br/externo/nfse/validar>

Esta NFS-e foi emitida com respaldo no Decreto nº 3.393 de 14 de março de 2011.

Nota: 2020000  
**00002309**  
Código Verificação: 8LZ4-7HB6



MUNICIPIO DE ARACAJU

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 0800-1596 / 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGUERO. <sup>2</sup> 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 José Marinho de campos Lima Roberto

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 N° 845.759.995 / 04,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima André dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-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>Sao José</u>	Cidade:	<u>Anacapri</u>	Estado:	<u>SE</u>
E-mail:				CEP:	<u>49015-380</u>
				Tel.(DDD):	<u>(79)3222-0817</u>

Local e Data: Anacapri-SE 07 Janeiro 2020

Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Anotei os sint

DATA DA ENTRADA: 05/10/12/19

DATA DA SAÍDA: 22/10/12/19

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 em consulta no HUSC VITIMA DE ACIDENTE  
DE TRÂNSITO, PRESENTANDO FERIMENTO NA TECIDOS  
MUSC ANALISOU INJURIA, O QUE RELEVANTE CLINICO  
POUR OS ATOS HOSPITALAR

**HISTÓRICO CIRÚRGICO:**

/

**EXAMES COMPLEMENTARES:**

TESTES DE TUBERCULOSE: LEO D 2º CCP NEGATIVO

**MÉDICOS ASSISTENTES:**

Dr. Silvio C.V. Almeida

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO  TRANSFERIDO ( ) ÓBITO ( )

ARACAJU, 24 de novembro de 2017

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

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

MS/DATASUS

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

No. DO BE: 63182  
CNS:DATA: 06/10/2019 HORA: 18:09 USUARIO: CALIMA  
SETOR: 05-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ANDRE DOS SANTOS  
 IDADE.....: 35 ANOS NASC: 28/04/1984  
 ENDERECO....: RUA HENRIQUE DIAS  
 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 TRAUMA: 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:

*Ousso Mot. Usava Capacete. Poce ferida Capuzon ou braço!  
 Cutis Vermelha - S/Quemadura Nessas area.  
 Dr. Tomado bono*

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

## DIAGNOSTICO:

## PRESCRICAO

*Dr. Maria Gómez Neto Ribeiro  
 Ortopedico e Traumatologista  
 CRM: 22277 / TEOT 15697*

## HORARIO DA MEDICACAO

*As Dr. Gantua Nossa de Esprinha f.b.  
 Est. Solicito TC el Avançar Indicada cirurgia*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAIDA: :

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA.

## TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATO

## ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

## ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*HUSE  
 ELETROCARDIOGRAMA  
 EXAME(S) REALIZADO(S)  
 DATA: 06/10/19  
 HORARIO: 18:09  
 TÉCNICO: LPP*

*Tc de Joelho E sae**06.10.2019**Tec Mariano*

*DATA DE CONSULTA:  
 PESO: 78,30  
 ALTURA: 1,60  
 TÉCNICO EM SAÚDE:*

*TÉCNICO EM SAÚDE:*



HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE SERGIPE - HUSE  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA



LEITO:

// PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME	DNDRE DOS SANTOS	IDADE	35
DIAGNÓSTICOS	1.	Data:	07/01/2012

#	PREScrição	HORÁRIOS
①	Dieta vo livre	SPD 10/01/10
②	sf 0.74. 1000ml W c 24h	11/01/10 - 10/02/10
③	Dipirona 250 + 19.1 DD W 6/6h	10/01/10 - 10/02/10
④	Furosem 100mg + 100 J SF W 8/24	10/01/10 - 10/02/10
⑤	Phosit long W 3/24 SOS	30/01/10 - 10/02/10
⑥	cloroxine 100mg SC 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑦	Quinapril 40mg W 1x ao dia	08/01/10 - 09/01/10
⑧	Pre op	
⑨	SSWV + CCCGG	
10		
11		Dr. VICTOR VIEIRAS Médico CRM SE 5405
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		



## **ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

**Nome do Paciente:**

Idade:

Sixty

118

**Matrícula:**

Atend.  
Nome  
RG  
Méd. Sol.  
Convênio

2922098  
ANDRE DOS SANTOS  
1440598 / SSP-SE  
WASHINGTON LUIZ SANTOS BATISTA JUNIOR  
TABELA CEMICLIN

Senha  
Data  
Hora  
Idade  
Dt. Nasc.

FEX694B1  
14/10/2019  
09:27  
35 anos  
28/04/1984

### RESONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

#### TÉCNICA DO EXAME:

Sequências multiplanares, ponderadas em T1 e T2.

#### RELATÓRIO:

Fratura avulsiva da espinha tibial, local da entese 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 corno 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 meniscofemoral (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 ELECTRONICAMENTE

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

#### Unidades Cemise

**Cemise**  
 Centro de Medicina Integrada de Sergipe  
 Rua Construtor João Alves, 228  
 P.S. Aracaju/SE  
 29.3304.1000

**Cemise**  
 Resonância Magnética e Tomografia Computadorizada  
 Rua Moacir Rabelo Leite, 138  
 São José - Aracaju/SE  
 29.3304.1010

[cemise.com.br](http://cemise.com.br)

[cemise](#)

[cemisemedicina](#)

**Cemise Vida**  
 Centro de Reprodução Humana  
 Rua Guilhermino Rezende, 238  
 São José - Aracaju/SE  
 29.3043.1015

**NOS**  
 Núcleo de Oncologia de Sergipe  
 Av. Pedro Valadares, 550  
 Grageru - Aracaju/SE  
 29.3301.3235

**Cemiclin**  
 Medicina Diagnóstica  
 Rua Bahia, 1175  
 Siqueira Campos - Aracaju/SE  
 29.3304.3050

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE RUA 1 440.593 2.711

DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2016

NOME

ANDRÉ DOS SANTOS

PAIS/AVÓ

FRANCISCO CIRIGO DOS SANTOS

MARIA ANTÉ SANTOS

MATRIZ/AVÓ

EDMILSON

OCORRÊNCIA

CT. RISCIM. SP 563 LIV 501 F. 141V

OF. 29 OF. 615

045.759.995-04



DATA DE NASCIMENTO

28/04/1964



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTERA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN	DETTRAN	DETTRAN	DETTRAN
DE	DETAN - SE	0000063707	Nº 013558670557
7	CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
O	VIA	COD. RENAVAM	PERÍODO
I	1	0113477422	000000000000
O	EXERCÍCIO		
O	2017		
4	NOME		
4	ANDRE DOS SANTOS		
4	*****		
5	*****		
6	*****		
7	*****		
8	*****		
9	OPR/ONPU		
9	845.759.923-0000		
O	PLACA		
O	GMB4276		
O	PLACA/ANT/UF		
O	CHASSI		
O	55381/82		
O	PERÍODO DE VENCIMENTO		
O	1825		
O	ESPECIE/TIPO		
O	COMBUSTIVEL		
O	FAT/VEHICULO		
O	MARCAS/Modelo		
O	ANO FAB. ANO MOD.		
O	YAMAHA/NEO 125 2017 2018		
O	CAP/POT/CIL.		
O	CATEGORIA		
O	COR PREDOMINANTE		
O	2POCV/125CC PARTIC CINZA		
O	COTA UNICA VEND. COTA UNICA VEND./COTAS		
I	***** 1 <sup>a</sup>		
P	*****		
V	FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2 <sup>a</sup>		
A	***** 3 <sup>a</sup>		
O	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		
O	***** * PAÍSO * *****		
O	OBSERVAÇÕES		
DOCUMENTO DE PAGAMENTO			
NÃO VALIDE PARA TERCEIROS			
AL. FIDUE - YAMAHA AUTO CONS. S/C LTDA			
O	LOCAL	DATA	
O	ARACAJU/SE	30/11/2017	
O	TÍPICO DE PROVÍNCIA		
O	ESTADO/PROVÍNCIA		

## 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 Pará 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 nº13.646, domiciliado na Avenida Augusto Maynard nº554, 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

A Andre dos Santos

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

 **Pierete**

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO  
TABELIÃO: DANIEL DE SOUZA

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) assinada(s).  
Andre dos Santos \*XXXXXXXXXXXXXX  
Selo TJSE: 201829527103473  
Acesso: <http://www.tjse.jus.br/x/6X0XJT>  
Aracaju, 11/05/2018 09:11:44 20792  
Cláudia Luana Soares Bettamio de Sousa - Escrivente Au.  
Emol.: R\$7,13 Selo: R\$0,00 FERD: R\$1,43 Total: R\$8,56

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055037/20

**Vítima:** ANDRE DOS SANTOS

**CPF:** 845.759.995-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/10/2019

**Titular do CPF:** ANDRE DOS SANTOS

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## 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](http://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, tomado 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO MARCELO DE CAMPOS LIMA ROBERTINA

JOSE MARINO GOYA ARAUJO