

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

Nº Sinistro: 3180406657

Vitima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

Data do Acidente: 16/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180406657**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13331982



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DENER DE JESUS SANTOS
Nº Sinistro: 3180406657
Vitima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS
Data do Acidente: 16/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANDRE SILVA RESENDE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180406657**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

056.980.625-95

Nome completo da vítima

Jose Dener de Jesus Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Dener de Jesus Santos		CPF titular da conta 056.980.625-95	Profissão Recruta
Endereço Rua A, 63 João Bonfim		Número 64	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Boquim	Estado Sergipe	CEP 49360-000
Email		Telefone (DDD) 3015-7511 79199842-7511	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

4477

3580

9

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

31 AGO 2018

Boquim, 24 de Agosto de 2018
Local e Data

Jose Dener de Jesus Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº: 64069 - FATO ATÍPICO

Data do registro: 29/08/2018 15:34:36

Situação: Aguardando Validação

FATO

Descrição da Natureza: Fato atípico

Endereço: Praça da estação

Bairro: CENTRO

Data: 16/12/2017 20:00

Número:

Cidade: BOQUIM

VÍTIMA

Nome: JOSE AILTON DOS SANTOS

Nome da mãe: ANA MARIA DOS SANTOS

Data de nascimento: 04/09/1968

RG: 1213557

CPF: 795.906.675-20

Nome da pai:

Profissão: RECUSA

Órgão emissor: SSP / SE

Naturalidade: BOQUIM/SE

LOGRADOURO

Endereço: RUA BISMARCK

CEP: 49360-000

Número: 64

Cidade: BOQUIM/SE

Bairro: CENTRO

RELATO DO FATO:

Relata o notificante que seu filho Jose Dener de Jesus Santos CPF: 056.980.625-95 trafegava no endereço acima citado conduzindo a moto HONDA/CG 125 FAN KS PLACA QKT9072 CHASSI 9C2JC4110FR216182, de propriedade de Jose Ailton dos Santos CPF: 795.906.675-20, e quando seu filho Jose Dener de Jesus Santos CPF: 056.980.625-95 seguia vinha um carro subitamente na direção da moto que seu filho conduzia e que seu filho Jose Dener de Jesus Santos ao tentar desviar colidiu com uma moto não identificada que estava no canteiro e com a colisão seu Filho Jose Dener de Jesus Santos CPF: 056.980.625-95 fraturou a tibia direita.

x José Ailton dos Santos

31 AGO 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

João Dener de Jesus Santos

CPF da Vítima

056.980.625-95

Data do Acidente

16/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

31 AGO 2018

Antônio 24 de Agosto de 2018
Local e Data

João Dener de Jesus Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


RELATÓRIO 0137 / 2018 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1712160540 / ESUS - SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 20h09min do dia 16 de Dezembro de 2017, para atendimento de vítima identificada como **José Dener de Jesus Santos**, com relato de **colisão moto x moto**, no município de Boquim.

A equipe da **Unidade de Suporte Básico – Boquim** realizou atendimento no local, seguido de remoção para o **Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE** do município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 23 de Janeiro de 2018

 **Tiemi S. M. Oki Fontes**
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 43553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

31 AGO 2018

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: 25/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04477

CONTA: 000000003580-4

Nr. da Autenticação 5E291699B4A54122



Companhia Sul Sergipense de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658/0001-98
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

13533 / 0

LIVIA BALBINO PINTO

R. A C J JOÃO BISMAR, 64, CASA
BOQUIM - Boquim/SE - 49.360-000

Medidor: 2450817 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
08/2018	48	15/09/2018	34,99

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CNP: 030.435.385-50
Grupo: B Ligação: Monofásico
Classe: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL
Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO II DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 013533

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação: 08/08/2018
Mês/Ano Faturamento: 08/2018
Leitura atual: (08/08/2018) 395
Leitura anterior: (04/07/2018) 347
Próxima leitura: 06/09/2018
Consumo Medido (kWh): 48
Consumo Diário (kWh): 1,45
Dias de Consumo: 33
Ocorrência do Mês: Lido
Média kWh últimos 12 meses: 45

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
07/2018	42	Lido	Em aberto	30,37
06/2018	44	Lido	29/05/18	
05/2018	53	Lido	30/05/18	
04/2018	57	Lido	11/04/18	
03/2018	58	Lido	12/04/18	
02/2018	30	Lido	26/02/18	
01/2018	79	Lido	16/02/18	
08/2017	30	Lido	17/11/17	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série:
02.001.2008.007915.59.00.287.893 / B
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 186/2005 - ANEEL)
Energia: 37,10% 12,98
Distribuição: 28,90% 10,11
Transmissão: 5,90% 2,06
Encargos Setoriais: 5,30% 1,85
Tributos: 22,70% 7,98
Outros: 0,00
TOTAL: 34,99

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	48 x 0,64349 =		30,88
ADIC. BANDA VERMELHA	48 x 0,05000 =		2,40
PIS			0,30
COFINS			1,41

REAVISO DE FATURA VENCIDA

TOTAL A PAGAR R\$ 34,99

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
ICMS	0,00	ISENTO	0,00
PIS/PASEP	34,99	0,88	0,30
COFINS	34,99	4,03	1,41

DADOS TÉCNICOS
Inst. transformadora: 1020214
Número do medidor: 2450817
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: ARAUÁ	Referência: 08/2018	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD: 15,42		META DIC: 5,91	11,82	23,84
O consumidor tem o direito de solicitar a distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DiCRI a qualquer tempo.		APUR. DIC: 1,82	1,82	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para a contagem mensal, tr. e anual.		META FIC: 3,42	8,95	13,70
		APUR. FIC: 1,00	1,00	0,00
		META DMIC: 3,46		
		APUR. DMIC: 1,82		

RESERVAÇÃO AO PISCO: 0283 A21D AF64 1DC2 B7A2 7C6F 31F6 1D0A

Rel. Anual: 2385188EndPrelim2, vlgIncl: 01/06/2018

31 AGO 2018

MENSAGEM



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE SERGIPE
RUA CAMPO DO BRITO - DESO - 331 - 13 DE JULHO ARACAJU SE 49020-380
CNPJ: 13.018.171/0001-90 - INSC. ESTADUAL N° 27.051.036-2
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08000790195

SEGUNDA VIA

N° Documento: 2018056855687

ESCRITÓRIO BOQUIM

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00685568.7

MATRÍCULA
00685568.7

CLIENTE
ANDRE SILVA RESENDE

CPF/CNPJ:
002.XXX.XXX-XX

VENCIMENTO
14/05/2018

INSCRIÇÃO
008.015.466.1057.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA JOSE SOARES DE SOUZA, 63 - BOQUIM BOQUIM SE 49360-000

FATURA
05/2018

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA
LIGADO
ESGOTO
POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

04/2018 -	4	03/2018 -	10-38
02/2018 -	1	01/2018 -	10-38
12/2017 -	10	11/2017 -	1

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	2	R 5306

LEITURA

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M³)	DIAS	CONSUMO/DIA (M³)
54	56	2	30	0,07
04/04/2018	04/05/2018	N°Hm: A15N241819		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAIS 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

2 M3

35,64

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$

TOTAL

R\$

35,64

MAE, PRINCÍPIO DE TUDO, MULHER SUBLIME, PRESENTE DE DEUS E EXEMPLO DE AMOR.
PARABENS PELO SEU DIA.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO
(Decreto n° 5.440 e Portaria n° 2.914)

GERÊNCIA REGIONAL: SUL

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA

PARÂMETROS (Valores Médios)

TURBIDEZ (uT)

Mês/Ano: 04/2018

CLORO (mg/L)

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/05/2018



MATRÍCULA
00685568.7

INSCRIÇÃO
008.015.466.1057.000

FATURA
05/2018

NÃO RECEBER APÓS
31/08/2026

VENCIMENTO: 14/05/2018

VALOR R\$

35,64

GRUPO: 422

FIRMA: 1

82600000000-8 35640041008-6 00685568701-5 05201890003-6



05 JUN 2018

VIA DESO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECABEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu André Silva Resende inscrito (a) no CPF 009.457.085 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Demian de Jesus Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.980.625 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Imóvel, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.980.625 / 95, 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>Rua José Soares de Souza</u>		Número <u>63</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Boqueim Velha</u>	Cidade <u>Boqueim</u>	Estado <u>Sergipe</u>	CEP <u>49360-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(79) 3015-1511</u>	Telefone celular (DDD) <u>(79) 99984-6139</u>

Boqueim 24 de Agosto de 2018
Local e Data

André Silva Resende
Assinatura do Declarante

31 AGO 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Ailton dos Santos,
 RG nº 12.13557, data de expedição 24/10/2007,
 Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 795.906.625-20 com
 domicílio na cidade de Boquim, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
conjunto João Permach Rua cícero amorim nº 66,
 complemento lote, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Jose Ailton de Jesus Santos cujo o condutor era
Jose Ailton de Jesus Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
 Ano: 2015
 Placa: WKT 9072
 Chassi: 3C2XCH110FR216182
 Data do Acidente: 36/09/2017
 Local e Data: BOQUIM 20-08-2018

Jose Ailton dos Santos
 Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício Boquim-SE	Reconheço a(s) firma(s) <u>Jose Ailton dos Santos</u>
Josefa Reis da Conceição Rob. Substituta Cassimira Maria dos Santos Esc. Instrumental	<input checked="" type="checkbox"/> Por Semelhança <input type="checkbox"/> Por Autenticidade <u>20/08/2018</u>
Em <u>20/08/2018</u> da Verdade	
Assinado com o selo	

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
 Selo TJSE: 201 820535010727
 -CASS: www.tjse.jus.br/ 7PHK2F

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO
 REGISTRO DE IMÓVEIS
 COMARCA DE BOQUIM-SE
 - Josefa Reis da Conceição
 Escriventa

31 AGO 2018

NOME DO PACIENTE: Yosi Dener de Jesus Santos.
DATA DA ENTRADA: 18/12/2012.
DATA DA SAÍDA: 20/12/2012.

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:

Relato para fins Periciais que Yosi Dener de Jesus Santos, deu entrada no HUS, vítima de acidente de trânsito. Apresentando trauma em perna ①. Foi atendido pelo médico plantonista que fez o procedimento de lavagem e avaliação da Cartaposta. Após radiografia evidenciou fratura dos ossos da perna ①. Foi internado para tratamento cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx da perna ① em AP e perfil; Exames pré-operatórios;

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Hildefranda L. de Brito Neto
Dr. Sérgio Queiroz
Dr. Thiago M. Leal

31 AGO 2018

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

ARACAJU, 025 de 02 de 2018

Dr. Ligia Braga de Almeida
Análise de Prontuário HUSME/HUS
CRES 2319

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1647832

DATA: 16/12/2017

HCRA: 22:02

USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE DENER DE JESUS SANTOS

IDADE.....: 22 ANOS NASC: 13/03/1995

ENDERECO.....: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA

COMPLEMENTO.....: 700508428199760 BAIRRO: CENTRO

MUNICIPIO.....: BOQUIM

NOME PAI/MAE...: JOSE AILTON DOS SANTOS

UF: SE

DOC....: 2561586

SEXO...: MASCULINO

NUMERO: 32

RESPONSAVEL....: JESSICA-PRIMA/TRAZ.PELO SAMU

/CLEIDE SELMA DE JESUS

PROCEDENCIA....: BOQUIM

TEL....: 79-9963

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)

307

CASO POLICIAL.: NAO

PLANO DE SAUDE.....: NAO

TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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: ____/____/____

Queixa de um trauma

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Trauma reparado

DIAGNOSTICO:

ABCD

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*fr. 2 200 BTM**AP = perfil**[Signature]*

DATA DA SAIDA: ____/____/____

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNAÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: ____:____

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

SAÍDA: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA

[] IMPL

[] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MÉDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - RUSE
RECEBIDO EM 16/12/17
AS 22.39 HORAS
TÉCNICO DE RADIOLOGIA

31 AGO 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 164003
Número do CNS...: 0000000000000000
Nome...: JOSE DENER DE JESUS SANTOS
Número...: 25615866 Tipo :
Data de Nascimento: 13/03/1995 Idade: 22 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsável...: JOSE AILTON DOS SANTOS
Nome da Mãe...: CLEIDE SELMA DE JESUS
Endereço...: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA 38 700508428199760
Bairro...: CENTRO Cep.: 49360-000
Telefone...: 79-99639-8307
Município...: 2800670 - - SE
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Estado...: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Data de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1647832
Clínica...: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Auto...: 999.0156
Data de Internacao: 17/12/2017
Hora de Internacao: 22:00
Módulo Solicitante: 003.725.465-01 - HILDEBRANDO LUBAMBO DE BRITTO NETO
Módulo Solicitado: NAO INFORMADO
Módulo Solicitante: NAO INFORMADO
Módulo Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
Hora Saída:
Especialidade:
Tipo de Saída:
Principal:
Secundário:
Tipo:
Status:

31 AGO 2018



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE_FHS
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE_HUSE
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR



Setor no HUSE onde o paciente encontra-se: U1 Corredor
Especialidade: () Clínica Médica () NCR (x) Ortopedia () Vascular () Outros: _____

HOSPITAL DE DESTINO: HGS
Leito / Destino: _____ () com O₂ () sem O₂

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: Jose' Demeu de Jesus Santos
Data de Nasc.: 13/03/1995 Idade: 22 Sexo: () Fem (x) Masc Tel: _____
Mãe: Cláudia Selma de Jesus
RG: 25615866 CPF: _____ Cartão do SUS: 700508428193760
Endereço: _____ Cidade: _____

DESCRIÇÃO QUADRO CLÍNICO

Fratura das ossas da perna D

EXAMES / ANEXOS

- () Prescrição Médica atualizada () Avaliação Médica (especialidade) _____
() Exames Laboratoriais: hemograma completo. Resultado Hb _____ Urea _____ Creat _____
() ECG () Raio X () Ecocardiograma () Tomografia () Ressonância Nuclear Magnética
() Ultrassonografia () Outros: _____

Legenda: Hb _hemoglobina / Creat _creatinina

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de Vaga () Procedimento Especializado () Outros: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

Data: 20/12/17

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3911

Médico solicitante (Assinatura / Carimbo)

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA **20/12/17**

NOME: **JOSE DENER DE JESUS SANTOS**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR** GÊNERO: **MASCULINO** IDADE: **22**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D**

EVOLUÇÃO MÉDICA: *PJ. f. evol. da fr. Aparent. Melh. MID. Tra-
ma. progressiva para amarelo e Hospital part. em
Col. Transf. p/ Hosp. Gabriel Soares amarelo 7:00*

PRESCRIÇÃO MÉDICA		ORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	
1	Dieta VO LIVRE BRANDA	<i>ZEPO in 23:00</i>	
2	SFO,9% 1500ML EV P/24H	<i>500</i>	<i>500</i>
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h 1000 D ₁	<i>16</i>	<i>24 08</i>
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		<i>06</i>
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	<i>18</i>	<i>24 06 12</i>
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	<i>24</i>	<i>12</i>
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h 1000	<i>16</i>	<i>24 04</i>
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia <i>(SUSP)</i>		
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	<i>505</i>	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético		
11	Insulina regular, conforme glicemia:		
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U		
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U		
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70		
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS		
16	CCGG + SSVV 6h/6h		
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP		
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA		
19			
20			
21			
22			
23			

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3911

31 A60 2018

EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA DATA **19/12/17**

NOME: **JOSE DENER DE JESUS SANTOS**

ALA: **VERDE TRAUMA 1** LEITO: **CORREDOR** GÊNERO: **MASCULINO** IDADE: **22**

DIAGNÓSTICOS: **FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D**

EVOLUÇÃO MÉDICA: *1º de evolução com exame físico*

no membro
4º de evolução

La'Morru

	PREScrição MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE BRANDA	
2	SFO,9% 1500ML EV P/24H	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SOS	
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 – 300 = 4U 351 – 400 = 8U	
13	201 – 250 = 2U 301 – 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		

31 AGO 2018

Dr. Thiago M. Leat
Ortopedia e Traumatologia
CRM/GO 129.150-156-4

DADOS DA AUTORIZAÇÃO									
1 - ANS - nº 36.825-3		3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		4 - SENHA		5 - DATA VALIDADE DA SENHA		6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
7 - NÚMERO DA CARTERA					8 - PLANO			9 - VALIDADE DA CARTERA	
10 - NOME <i>Yose Daniel de Jesus</i>					11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE									
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CUF					13 - NOME DO CONTRATADO			14 - CÓDIGO CNES	
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					16 - CDM PROFISSIONAL		17 - Nº DO CONSULTÓRIO		18 - UF
19 - CÓDIGO CBO									
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO									
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CUF					21 - NOME DO PRESTADOR				
22 - CARACTER DA INTERNAÇÃO E - Eletiva U - Urgência/Emergência		23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Cirurgia 3 - Obstétrica 4 - Pediatría 5 - Psiquiatria			24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospital-dia 3 - Ambulatorial			25 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA									
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS									
27 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica		28 - TEMPO DA DOENÇA A - Anos M - Meses D - Dias		29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Acidente ao dirigir relacionado ao trabalho 1 - Tráfego 2 - Outros					
30 - CID 10 PRINCIPAL		31 - CID 10 (2)		32 - CID 10 (3)		33 - CID 10 (4)			
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS									
34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			36 - DESCRIÇÃO				37 - QTD. SEMANAS	38 - QTD. AL
1	52340338			Fratura de Tibia					
2									
3									
4									
5									
ONP SOLICITADOS									
39 - TABELA	40 - CÓDIGO DO ONP			41 - DESCRIÇÃO ONP			42 - QTD.	43 - FABRICANTE	44 - VALOR UNITÁRIO R\$
1									
2									
3									
4									
5									
DADOS DA AUTORIZAÇÃO									
45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP.		46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS		47 - TIPO ACOMODACÃO AUTORIZADA		48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ		49 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS	
50 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO									
51 - OBSERVAÇÃO									
31 AGO 2018									
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE					53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL			54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO	

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:40

Paciente: JOSE DENER DE JESUS SANTOS	Dt. Nasc.: 13/03/1995	Atendimento: 47568724	Prontuário: 15698101
Convênio: UNIPAR CMGS ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito: LR-002/1	
Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MEDICO, CRM 39111 (P)		Nº: 17498100	21/12/2017 às 10:28

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente	(Paciente com fratura de tibia D devido a queda de moto, Internado para ser submetido a tto cirurgico, procedimento realizado sem intercorrências.)	[1]
CID 10	S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA	[1]

31 AGO 2018

NOME João Dever de Jesus Santos IDADE 45 PESO 75 AS FE
DATA 11/07/18 INÍCIO ANES 09:40 INÍCIO CIR. 10:20 DURAÇÃO 40
CIRURGIA 7to mmp, prostatectomia (D) CONVÊNIO Particular

CÓDIGOS CIRÚRGICOS

CIRURGIÃO Adriano Bant AUXILIARES Franco

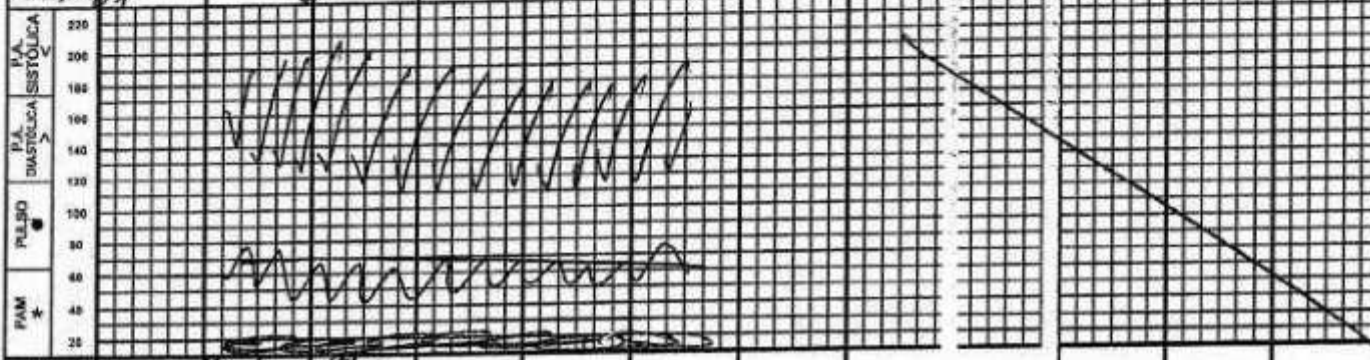
TEMPO 02:00 OXIGÊNIO 100% AR COMP. 100% SEVO 100%

SpO2 99 99 100 99

ETCO2 35 35 35 35

BIS 0.5 0.5 0.5 0.5

POSIÇÃO Pr 0 15 10



DIURESE 0 0 0 0

VENÓCLISE 0 0 0 0

IONIA 0 0 0 0

X-man 5 + ruscine (ms 3 ms 1) Aguardar 10 min
#27 mda CRP 1 hora após 8 int 2 Anes
Des 1000 g

1. midazolam 1mg	9. dpm 3	1
2. fentanyl 100mcg	10. nalmex 1mg	1
3. maldone 100mg 0.5-1.5	11. aspirin 400mg	1
4. dpm 80mg	12.	2
5. lido 4mg	13.	2
6. spg 10mg	14.	2
7. dpm 10mg	15.	2
8. utrop 100mg	16.	2

OBSERVAÇÕES

ECG ☒ SpO2 ☒ ETCO2 ☐
PANI ☒ PAM ☐ PVC ☐
TOF ☐ BIS ☐ DPP ☐
IOTECAR OCULAR ☐ SIM ☐ NÃO
OCULAC / ESPARADRAPO ☐ GEL OCULAR ☐

REPOSIÇÃO VOLÊMICA ☐ Ringer Lactato 1000 ml ☐ SF0,9% 1000 ml ☐

ANESTESIA GERAL ☐ Sedação ☐ Endovenosa ☐ Inalatória ☐ Balanceada ☐ Combinada ☐
VENTILADOR ☐ Drager ☐ RESPIRAÇÃO ☐ Espontânea ☐ Controlada ☐ PCV ☐ VCV ☐ Suporte
☐ IOT ☐ INT ☐ ML N° 18 ☐ Traqueostomia FR 18 PIT 18 V 18 PEEP 5 FIO2 21

BLOQUEIO Raquí Ag n° 18 ☐ Peridural Ag n° 18 Cateter ☐ Sim ☐ Não ☐ Plc o Braquial ☐

ENCAMINHAMENTO ☐ Acordado ☐ Sonolento ☐ Intubado ☐ DESTINO ☒ SR ☐ Ito ☐ UTI ☐ Ambulatorial

31 AGO 2018

MATERIAL CONSIGNADO

ATENDIMENTO 47568724

NOME:

NOME: Jose Dener de Jesus Santos
CIRURGIA: Coatim

QUIRURGIA: FRACTURA DE TIBIA
MÉDICO: DR. C.

MEMO: DE: FRAUEN UND DEUTSCHEN
INSTRUMENTATION

INSTRUMENTADOR: Aurônio

NEGIAO: Fernando Di Leira
FORNECEDOR: ...

FORNICEADOR: VRDO 82CW

DATA: 21/15/2015

[illegible]

Ass. Médico:

Ass. do Enfermeiro(a):

Ass. do Circulante:

Breno de Oliveira S... J
 Auxiliar de Engenharia
 CPF: 765315

HOSPITAL

HCP VIDA



ORTOPLAN SERGIPE LTDA - EPP

Av Rio Branco, 185 - Ed. Ovídio Teixeira - Sala 817
Telefax: (78) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju

PACIENTE:

José Dener de Jesus Santos

Nº DAH:

PRONTUÁRIO Nº

47568724

DATA DA CIRURGIA:

22/12/17

CONVENIO: Particular

CIRURGIÃO:

DAE Adonai

PROCEDIMENTO: Fratura de Tibia

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 016050

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input checked="" type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Úmero	340	02
	Placa em T 3,5			Parafuso para Haste Bloqueada	30	02
	Placa A/C Estrela Peq. Fragtos 3,5			Parafuso Tampão	35	02
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten	40	02
	Placa em Trevo 3,5			Fixador (Parafuso Tampão)		02
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/C Estrela 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Frx. Colo	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetábulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femoral (Endobotop)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cerclagem		
	Base Tibial			Grampo de Blount		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 (
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 (
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio () (
	Kit Cimentação			Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	___MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	___MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	3,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO CORTICAL	___MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO	4,0MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	___MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITANIO BLOQUEADO	___MM	Nº	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT		Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ.		Nº	QTD	CANULADO 3,5		Nº	QTD
				PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT		Nº	QTD

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:37

Paciente:	JOSÉ CENER DE JESUS SANTOS	Id. Nasc.:	10/03/1995	Atendimento:	47688724	Prontuário:	18698101
Convênio:	UNIPAR CMGS ARACAJU	Posto:	RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Leito:	LR-002/1		
Profissional(is):	FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MEDICO CRM 39131 RJ			Nº:	17497664	21/12/2017	às 10:17
DIAGNÓSTICO							
Diagnóstico Clínico	S622						[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S622 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA						[1]
DADOS DA CIRURGIA							
Data Da Cirurgia	21/12/2017						[1]
Hora Da Cirurgia	10:17						[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA (HIM)						[1]
Cirurgião	FRANCIS VASCONCELOS						[1]
1º Auxiliar	ADONAI PINHEIRO						[1]
Anestesiata	THIAGO						[1]
Descrição Cirúrgica	PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS ACESSO TRANSPATELAR MID REDUÇÃO DA FRATURA E Colocação Fio Guia FRESAGEM DO CANAL COLOCAÇÃO HASTE TIBIA D BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL IRRIGAÇÃO SF0,9% SUTURA POR PLANOS						[1]

31 ABO 2018

Hospital Gabriel Soares
CNPJ:123611267/0005-17
Bairro São José
Rua Itabaiana nº690

RECIBO

Recebi a importância de R\$ 1.500,00 (Mil e Quinhentos reais)
pago em dinheiro, referente a um procedimento de FRATURA
DA TIBIA com acomodação em ENFERMARIA
Que Será realizado no hospital Gabriel Soares no dia 21/12/2017

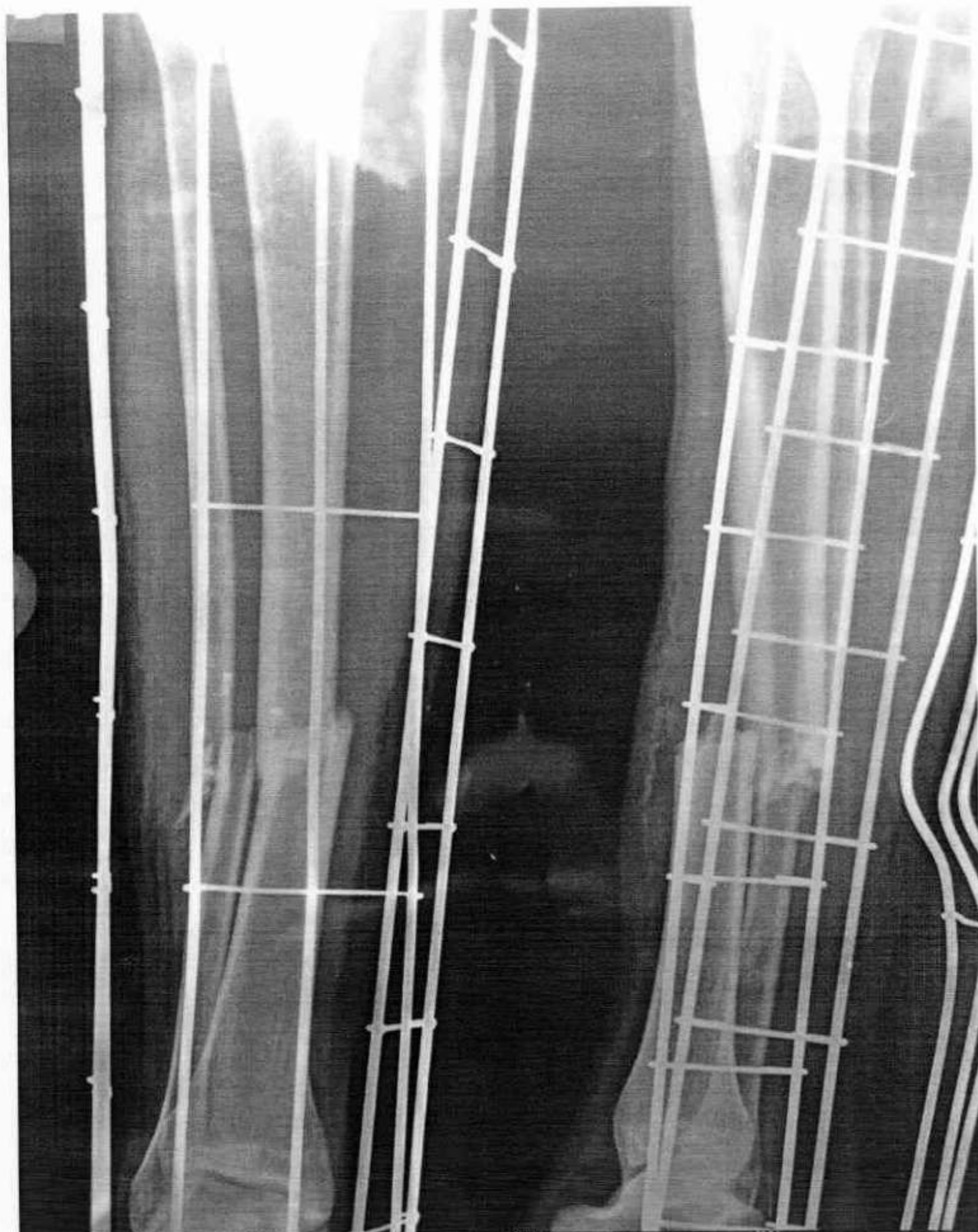
Paciente: José Dener de Jesus Santos

André Clecio Santos
Coord. Fisioterapia
Matrícula - 850

Assinatura

31 AGO 2018

Aracaj - 20 Dezembro 2017



HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
PACIENTE: JOSE DENER DEJESUS SANTOS - MATRICULA: 1647832 - NASCIMENTO : 13/03/1995
ORIGEM: SUS - SETOR: SUTURA

DATA DO EXAME : 16/12/2017 22:49:19 Técnico: JEFFERSON



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
15699101	JOSE DENER DE JESUS SANTOS	M	13/03/1995	22
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	69618054500		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R A CONJ JOAO BIMARQUE 166 CENTRO ARACAJU-SE CEP:49000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
996398307		CLEIDE SLMA DE JESUS		

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector				
800535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS ARACAJU				
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento	
21/12/2017	06:33			
Védico Atendente			Clínica	
36422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS			4-QUIRURGICA	
Védico Acompanhante			Tipo Atendimento	
36422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS			0 INTERNAÇÃO	
Avaliação médica				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	
101-UNIPAR CMGS ARACAJU	2-PLANO ENFERMARIA - COLETIVO	
Carteira	Validade	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

I. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
332720	99996666		INTERNACAO

52340338 - Fratura de Tibia

✓ Cleide slma de Jesus

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:40

Paciente: JOSE DENER DE JESUS SANTOS Dt. Nasc.: 13/03/1995 Atendimento: 47568724 Prontuário: 15698101
Convênio: UNIPAR CMGS ARACAJU Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Leito: LR-002/1

Profissional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM:39111 [1] Nº: 17498100 21/12/2017 às 10:28

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

Evolução Do Paciente

Paciente com fratura de tibia D devido a queda de moto, internado para ser submetido a ato cirurgico, procedimento realizado sem intercorrências.

[1]

CID 10

S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

31 AGO 2018

NOME DO PACIENTE: Yosé Dener de Jesus Santos.
DATA DA ENTRADA: 18/12/2012.
DATA DA SAÍDA: 20/12/2012.

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:

Relato para fins Periciais que, Yosé Dener de Jesus Santos, deu entrada no HUS, vítima de acidente de trânsito. Apresentando trauma em perna ①. Foi atendido pelo médico plantonista que fez o procedimento solitário avaliação do ortopedista. Após radiografias evidenciou fratura dos ossos da perna ①. Foi internado para tratamento cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx da perna ① em AP e perfil; Exames pré-operatórios;

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Hildebrando L. de Brito Neto.
Dr. Sérgio Queiroz.
Dr. Thiago M. Escó.

31 AGO 2018

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

ARACAJU, 025 de 07 de 2018

Dr. Lígia Braga de Almeida
Análise de Prontuário/HUS
CRM 2319

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1647832

DATA: 16/12/2017

HCRA: 22:02

USUARIO: ELMENEZES

CNS:

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSE DENER DE JESUS SANTOS
IDADE.....: 22 ANOS NASC: 13/03/1995 DOC....: 2561586
ENDERECO.....: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA SEXO...: MASCUL.
COMPLEMENTO....: 700508428199760 BAIRRO: CENTRO NUMERO: 32
MUNICIPIO.....: BOQUIM UF: SE CEP....: 49360-0
NOME PAI/MAE...: JOSE AILTON DOS SANTOS /CLEIDE SELMA DE JESUS
RESPONSAVEL....: JESSICA-PRIMA/TRAZ.PELO SAMU TEL....: 79-9963
PROCEDENCIA....: BOQUIM 307
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: SIM
ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAO X [] SANGUE [] URINA []
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: ___/___/___

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA: [] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

PRazo: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IMPL [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO MEDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - RUSE
RECEBIDO EM 16/12/17
AS 22.39 HORAS
TÉCNICO DE RADIOLOGIA

31 AGO 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Definitivo...: 164003
Número do CNS...: 0000000000000000
Nome...: JOSE DENER DE JESUS SANTOS
Número...: 25615866 Tipo :
Data de Nascimento: 13/03/1995 Idade: 22 anos
Sexo...: MASCULINO
Responsável...: JOSE AILTON DOS SANTOS
Nome da Mãe...: CLEIDE SELMA DE JESUS
Endereço...: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA 38 700508428199760
Cidade...: CENTRO Cep.: 49360-000
Telefone...: 79-99639-8307
CEP...: 2800670 - - SE
Nacionalidade...: BRASILEIRO
Estado...: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Tipo de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1647832
Clínica...: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Cidade...: 999.0156
Data de Internacao: 17/12/2017
Hora da Internacao: 22:00
Número Solicitante: 003.725.465-01 - HILDEBRANDO LUBAMBO DE BRITTO NETO
Data Solicitado: NAO INFORMADO
Status...: NAO INFORMADO
Médico Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
Data Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
Principal:
Secundário:
Médico:
Enfermeiro:
Outro:

31 AGO 2018



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE_FHS
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE_HUSE
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR



Setor no HUSE onde o paciente encontra-se: UTI Coronária
Especialidade: () Clínica Médica () NCR (x) Ortopedia () Vascular () Outros: _____

HOSPITAL DE DESTINO: HGS
Leito / Destino: _____ () com O₂ () sem O₂

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: Jose' Demen de Jesus Santos
Data de Nasc.: 13/03/1995 Idade: 22 Sexo: () Fem (x) Masc Tel: _____

Mãe: Cláudia Selma de Jesus Pai: _____

RG: 25615866 CPF: _____ Cartão do SUS: 700508428199766

Endereço: _____ Cidade: _____

DESCRIÇÃO QUADRO CLÍNICO

Fratura das osses da perna D

EXAMES / ANEXOS

- () Prescrição Médica atualizada () Avaliação Médica (especialidade) _____
() Exames Laboratoriais: hemograma completo, Resultado Hb _____ Urea _____ Creat _____
() ECG () Raio X () Ecocardiograma () Tomografia () Ressonância Nuclear Magnética
() Ultrassonografia () Outros: _____

Legenda: Hb_hemoglobina / Creat_creatinina

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: () Falta de Vaga () Procedimento Especializado () Outros: _____

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: _____

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

Data: 20/12/17

Dr. Francis Lima de Vasconcelos
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - SE 3911

Médico solicitante (Assinatura / Carimbo)

ANS - nº36.825-3		3 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		4 - SENHA		5 - DATA VALIDADE DA TELA		6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
DADOS DO BENEFICIÁRIO									
7 - NÚMERO DA CATEIRA					8 - PLANO				
9 - VALIDADE DA CATEIRA					10 - NOME				
11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE					12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CNP				
13 - NOME DO CONTRATADO SOLICITANTE					14 - CÓDIGO CNES				
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					16 - CATEG. PROFISSIONAL				
17 - Nº DO CONSELHO					18 - UF				
19 - CÓDIGO CBO					20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ / CNP				
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO									
21 - NOME DO PRESTADOR					22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
23 - TIPO DE INTERNAÇÃO					24 - REGIME DE INTERNAÇÃO				
25 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS					26 - INDICAÇÃO CLÍNICA				
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS									
27 - TIPO DE DOENÇA					28 - TEMPO DA DOENÇA				
29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE					30 - CID 10 PRINCIPAL				
31 - CID 10 (2)					32 - CID 10 (3)				
33 - CID 10 (4)					34 - TABELA				
35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					36 - DESCRIÇÃO				
37 - QTD. SOLIC.					38 - QTD. AUT.				
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS									
39 - TABELA					40 - CÓDIGO DO ONM				
41 - DESCRIÇÃO ONM					42 - QTD.				
43 - PRECATORIO					44 - VALOR UNITARIO R\$				
ONM SOLICITADOS									
DADOS DA AUTORIZAÇÃO									
45 - DATA PROPOSTA ADMISSÃO HOSP					46 - QTD. DIÁRIAS AUTORIZADAS				
47 - TIPO ADOÇÃO AUTORIZADA					48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNPJ				
49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO					50 - QTD. DIÁRIAS SOLICITADAS				
51 - OBSERVAÇÃO									
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE									
53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL					54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO				

31 AGO 2018

ATENDIMENTO 47568724

NOME: _____

CIRURGIA: Exatm: 1.1.11

MÉDICO: DR. CARLOS ALBERTO DE TIBIÓ

INSTRUMENTADOR: Antonio

REGIÃO: PERU D'ELIZ

FORNecedor: URGO PLCA

QUANTIDADE	DISCRICÃO DO MATERIAL
01	Parafuso Tampão
01	Mane Bloqueada
04	Parafuso para Rota Hognucolo

31 AGO 2018

Ass. Médico: [Assinatura]

Ass. Médico: _____
Ass. do Enfermeiro(a): _____
Ass. do Circulante: _____

HOSPITAL

HCP VIDA



ORTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP
Av Rio Branco, 186 - Ed. Oviedo Teixeira - Sala 817
Telefax: (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju

PACIENTE: Dono Doner de Jesus Santos

Nº DAAIH: _____

FRONTUÁRIO Nº

47568724

DATA DA CIRURGIA: 21/12/17CONVÊNIO: ParticularCIRURGIÃO: Dr. AdonaiPROCEDIMENTO: Fratura de Tibia

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 016150

	MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QUANT.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5			Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input checked="" type="checkbox"/> Tibia <input type="checkbox"/> Úmero	340	01
	Placa em T 3,5			Pararafuso para Haste Bloqueada	30	01
	Placa A/ C Estreita Peq. Fragtos 3,5			Pararafuso Tampão	35	01
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fragtos 3,5			Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten	40	01
	Placa em Trevo 3,5			Fixador (Parafuso Tampão)		01
Grandes Fragmentos	Placa de Reconstrução 3,5			Fixador Linear (Antebraço)		
	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input type="checkbox"/> 6,5			Fixador Linear (Úmero)		
	Placa A/ C Estreita 4,5			Fixador Linear (Mão e Pé)		
	Placa A/ C Larga 4,5			Fixador Linear (Femur/Tibia)		
	Placa Ponte Larga 4,5			Fixador Linear (Fêmur)		
	Placa Semitubular 4,5			Fixador Linear (Tibia)		
	Placa Reta Maleável 4,5			Fixador Linear TP Preston (Tibia)		
	Placa Supra Condilar 4,5			Fixador Linear TP Preston (Úmero)		
	Placa em L / T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda			Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia			Fixador Articulado (TP Colles)		
Fra. Colo	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input type="checkbox"/> 135°			Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante			Lâmina de Cartilagem		
	Parafuso de Compressão			Lâmina de Osso		
Quadril	Prótese Thompson			Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetábulo			Equip. Multivias		
	Acetábulo Bipolar			Ponteira de Radiofrequência (Ablator)		
	Acetábulo N/ Cimentado			Parafuso Transverso		
	Acetábulo Cimentado			Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetábulo			Agrafe		
	Cabeça Intercambiável			Âncora Femoral (Endobotom)		
	Haste			Âncora		
	Centralizador			Cânula		
	Restritor de Cimento			Fio de Kirschner		
Joelho	Componente Femoral			Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial			Fio de Cartilagem		
	Base Tibial			Grampo de Blount		
	Componente Patelar			Placa Bloqueada 3,5 (
	Steri Drape			Placa Bloqueada 4,5 (
	Cimento Ortopédico			Placa Titânio () (
	Kit Cimentação			Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	QTD
____MM			____MM		
PARAFUSO CORTICAL 3,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL ____MM	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO ____MM	Nº	QTD
PARAFUSO CORTICAL 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO ____MM	Nº	QTD
PARAFUSO MALEOLAR 4,5MM	Nº	QTD	PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT	Nº	QTD
PARAFUSO ESPONJ.	Nº	QTD	CANULADO 3,5	Nº	QTD
			PARAFUSO <input type="checkbox"/> AÇO <input type="checkbox"/> TIT	Nº	QTD

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:37

Paciente: JOSE DENER DE JESUS SANTOS Dt. Nasc.: 18/03/1966 Atendimento: 47588734 Prontuário: 15896101
 Obtenção: UNIPAR CMGS APACAJU Posto: RPA - RECUPERAÇÃO POS ANESTE Lote: LR-002/1

Profissional(ia): FRANCISLIVA DE VASCONCELOS, MEDICO, CRM 39111 (M) Nº: 17497654 21/12/2017 às 10:17

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico S822 [1]

Diagnóstico Cirúrgico S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 21/12/2017 [1]

Hora Da Cirurgia 10:17 [1]

Cirurgia TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TIBIA (HIM) [1]

Cirurgião FRANCIS VASCONCELOS [1]

1º Auxiliar ADONAI PINHEIRO [1]

Anestesiista THIAGO [1]

Descrição Cirúrgica
 PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
 COLOCAÇÃO CAMPOS ESTÉREIS
 ACESSO TRANSPATELAR MID
 REDUÇÃO DA FRATURA E Colocação Fio Guia
 FRESAGEM DO CANAL
 COLOCAÇÃO HASTE TIBIA D
 BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
 IRRIGAÇÃO SF0,9%
 SUTURA POR PLANOS [1]

31 A60 2018

18/12/17

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA D

EVOLUÇÃO MÉDICA: Paciente evolui com prurigo atopico, com NVDO. Ed: Plantola

PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE BRANDA	SND
2	SFO,9% 1500ML EV P/24H	SND
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	SND
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	Suspensão
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	06 (19:40)
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	12 18 24 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SOS	12 24
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	SC 5
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	18 (19/12)
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	SC 5
11	Insulina regular, conforme glicemia:	SC 5
12	<200 = Ø	
13	251 - 300 = 4U	
14	351 - 400 = 8U	
15	201 - 250 = 2U	
16	301 - 350 = 6U	
17	> 400 = 10U	
18	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
19	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
20	CCGG + SSVV 6h/6h	SC 5
21	Gentamicina 240mg, EV, 1x/dia SUSP	
22	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		

Solicitação de análise e Perícia Médica

Eu, Alexandre Alves Andrade CPF: 086.798.345-05, Venho por meio de esta carta solicitar uma perícia médica para que eu seja melhor avaliado pois devido ao meu acidente Fui hospitalizado na Ala Vermelha fiquei com graves sequelas pois sofri TC de Crânio, fratura do seio maxilar esquerdo, fratura do arco zigomático e da parede lateral da órbita esquerda, TC de Coluna Cervical, fratura da face.

Peço que por gentileza prossiga com meu processo e marque uma perícia médica para que eu seja melhor avaliado, pois tenho certeza que os médicos peritos são capacitados para avaliar corretamente a seqüela causadas no acidente como consta nas documentações médicas.

Endereço: Rua Josefina S. Santos nº 16, Centro

Boquim/SE

CEP: 49360-000

TEL: 79 3015-1511/ 79 998471511/ 79 99606-5061

Estância/SE, 14/10/2018

Alexandre Alves Andrade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MARQUES




Jose Dirceu de Jesus Santos

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DEFENSORIA PÚBLICA 2.561.506-6 2.VIA DATA DE EMISSÃO 12/06/2013

JOSE DIRCEU DE JESUS SANTOS

ASSISTENTE SOCIAL

SERVIÇO SOCIAL

CT. NASCIM. NR 20.372 LV A 53 FL 49V

CART. 3 OF. DIST. COM. BOUTINSE

0569062595

DATA DE NASCIMENTO 13/03/1995

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MARQUES

31 AGO 2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
ANDRE SILVA RESENDE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORAUF
20145802 SSP SE

CPF
002.457.085-02

DATA NASCIMENTO
25/11/1979

PLACAO
JOSE BOMFIM RESENDE
EUNICE MARIA FRANCA
SILVA

PERMISSAO
[]

ACC
[]

CAT. FIMB
A2

IF REGISTRO
04591298123

VALIDADE
13/01/2019

PMHABILITACAO
19/03/2009

864031520

VALIDA EM TODOS
O TERRITORIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

864031520

SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
ARACATU, SE

DATA DE EMISSAO
15/01/2014

16853155371
SE014741520

DETRAN-SE (SERGIPE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETTRAN - SE Nº 013638027847
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD. RENAVAM - R.N.T.A.C. - EXERCÍCIO
1 - 01076422209 - 000000000000 - 2018

NOME
JOSE AILTON DOS SANTOS

CPF / CNPJ - PLACA
795.306.075-20 - QKT9072

PLACA ANT. / L.E. - CHASSI
QKT9072-SE - 902104110R216182

ESP. CIL. / TYP. - COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA - GASOLINA

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS - 2015 - 2015

CAP. POT. / CIL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
200CV/124CC - PARTIC - VERMELHA

	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
I PAGO		*****	1*****
P			
V	FADXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
A	*****	*****	3*****

PREMIO TARIFARIO (R\$) - IOF (R\$) - PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FAPSO REF. AO EXERCÍCIO 2018

OBSERVAÇÕES
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA
AL. FIDUC. ADM. DE CONS. MAC. HONDA LTD

LOCAL - DATA
BOQUIM-SE - 02/02/2018

Marcos Sampaio Kahl
DIRETOR PRESIDENTE

CONTRAN

31 AGO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406657 **Cidade:** Boquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS. ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

ESCLARECIMENTO

E

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, José Demer de Jesus Santos,
CPF: 056.986.625-95, venho através desta, informar que a
SEGURADORA LIDER está proibida de solicitar ou exigir LAUDOS MÉDICOS como
condição para requerimento e/ou pagamento das indenizações de Seguro DPVAT,
uma vez que estes não se caracterizam como relatório de tratamento ou
internamento, conforme Circular PRESI – 031/2012 de 06/09/2012 em anexo.

Não tendo mais documentos a apresentar, fico à disposição da seguradora,
caso seja necessário, para ser avaliado por uma **PERÍCIA MÉDICA** da própria LIDER,
afim de constatar as sequelas existentes.

Desde já, agradeço a compreensão para tal assunto, a ponto de evitar
constrangimentos maiores junto ao MINISTERIO PÚBLICO, sendo assim, aguardo o
andamento e conclusão do processo da forma mais justa e correta.

Telefones para contato: (79) 3015-1511 / (79) 99847-1511

79 99906-5061

Estância, 16, Outubro, 2018

José Demer de Jesus Santos

COMUNICADO MASTER – 06/09/2012

Ref.: Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta – Laudos e Relatórios Médicos.

Sr. Usuário Master,

Segue para conhecimento e **providências imediatas**, Circular Presi-031/2012, de 06/09/2012, bem como Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta, emitido pelo Ministério Público Federal – Procuradoria da República no Município de Piracicaba – São Paulo.

Pela importância do assunto, recomenda-se a imediata divulgação entre os colaboradores e terceiros responsáveis pela recepção e regulação dos Sinistros DPVAT.

Tal instrução deve ser arquivada no Manual Normativo de Regulação de Sinistros DPVAT – item 4 – Regulação de Sinistros e para tanto, segue anexo o índice atualizado.

Atenciosamente,

Diretoria de Operações.



Seguradora Líder • DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de setembro de 2012

Circular PRESI – 031/2012

Às
Seguradoras Consorciadas

Assunto: Termo de Compromisso de Ajustamento de Conduta nº 01/2012
Necessidade de ajustes para evitar solicitação de laudos médicos em
formulários sugeridos ou fornecidos pelas seguradoras

O Ministério Público Federal, por meio do Inquérito Civil nº 1.34.008.000022/2011-27, constatou que algumas Seguradoras Consorciadas vinham exigindo, como condição para requerimento de indenização do Seguro DPVAT, formulários ou laudos em papel timbrado da respectiva Seguradora, a serem preenchidos pelos médicos que realizaram o atendimento da vítima nos hospitais.

Como esses documentos possuíam características diversas daqueles emitidos por médicos e hospitais, mesmo nos casos em que a vítima era atendida pelo SUS, constatou-se eventual cobrança de honorários por parte dos médicos para o preenchimento de tais formulários, o que vai contra o princípio do Seguro DPVAT ser inteiramente gratuito para as vítimas.

Observando que as vítimas vinham sendo lesadas pelas cobranças por tais laudos médicos, o Ministério Público Federal instou essa Seguradora Líder DPVAT à celebração do TCAC em referência, de forma a evitar a solicitação indevida de documentos para regulação de sinistros do Seguro DPVAT.

Por essas razões, comunicamos a imediata revogação da CIRCULAR PRESI 005/2008, tornando-se desde já sem efeito.

Pedimos, então, especial atenção e leitura ao que segue:

Da solicitação de laudos e relatórios médicos aos usuários

A legislação que trata do Seguro DPVAT prevê a necessidade de entrega, pelos usuários, de laudos e relatório médicos que tenham sido produzidos durante seu atendimento e tratamento após o acidente, na forma emitida pelo profissional ou entidade fornecedora do serviço.

Sendo assim, está proibida a solicitação ou exigência, como condição para requerimento e/ou pagamento das indenizações de Seguro DPVAT, de laudos médicos em formulários sugeridos ou fornecidos pela própria Seguradora, especialmente aqueles em que é solicitado ou exigido o preenchimento/elaboração pelo profissional médico que atendeu à vítima acidentada, uma vez que estes não se caracterizam como relatórios de tratamento ou

X



internamento fornecidos pela rede hospitalar, ou previdenciária, os quais são emitidos gratuitamente em formulário próprio da entidade fornecedora.

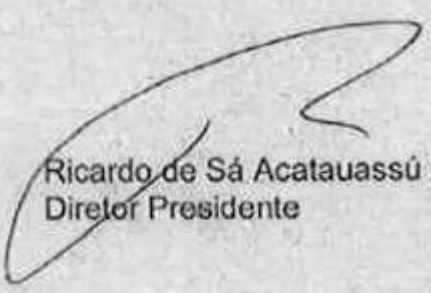
Necessidade de comunicação do conteúdo do presente ofício a todas as sucursais, filiais dessa seguradora e suas reguladoras de sinistros.

As informações contidas nessa Circular devem ser transmitidas a todas as suas filiais, sucursais, escritórios de representação, reguladoras de sinistros e pontos de atendimento em todo o território nacional, restando claro a todos os operadores do Seguro DPVAT que, para o recebimento de indenizações, só é necessária a solicitação de documentação médica emitida pelos médicos, hospitais e entidades fornecedoras, em sua forma original, estando proibidas as Seguradoras de sugerir ou confeccionar formulários médicos a serem solicitados às vítimas conforme sua conveniência.

Ressaltamos que o descumprimento das medidas previstas no TCAC em referência, e descritas na presente Circular, poderão ensejar multas de um salário mínimo por evento e, caso estas venham a ser cominadas, serão de responsabilidade da Seguradora Consorciada que não observou as determinações ora transmitidas, podendo haver, ainda, fiscalização e cominação de multas pela SUSEP.

Esclarecemos, por fim, que as ações previstas nessa Circular devem ser aplicadas de imediato, permanecendo esta Seguradora Líder DPVAT à disposição para mais informações ou orientações que se façam necessárias.

Atenciosamente,



Ricardo de Sá Acatauassú Xavier
Diretor Presidente

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406657 **Cidade:** Boquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS. ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406657 **Cidade:** Boquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS **Data do acidente:** 16/12/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM HASTE E PARAFUSOS.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o **OUTORGANTE:**
João Daniel de Jesus Santos, portador do RG: 2.561.586-6
 expedido por SSP/SE, em 12/06/2013 Inscrito no CPF/MF :
05.698.06.2595, residente na
conjunto João Humberto Rua Anísio Amorim, nº 66,
 Bairro Centro na Cidade/UF Boquim - AL, o qual
 se responsabiliza integralmente pela veracidade e fidelidade dos documentos apresentados
 ao OUTORGADO, sejam eles de natureza pública ou privada, ficando ciente das
 repercussões penais decorrentes do descumprimento, confere ao **OUTORGADO : ANDRÉ**
SILVA RESENDE, portador do RG n.º **2.014.580-2**, expedido pelo SSP/SE, em
 15/09/2010, e inscrito no CPF/MF sob n.º **002.457.085-02**, residente na Rua José Soares
 de Souza, nº63, Bairro Boquim Velho, Boquim, Sergipe,

Amplios poderes para participar todos os atos administrativos que se fizerem necessário na movimentação e conclusão do processo, especialmente para preenchimento e assinatura de formulários, com fim de requerer indenização por Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou DAMS – despesas médicas e hospitalares, do **Seguro Obrigatório – DPVAT**, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima:

for Peter de Jesus Santos

31 AGO 2018

Boquim, 20 de agosto de 2018

Outorgante: Sen. Dimes de Jesus Santos

Garlório do
 1º Grão
 Boquim-SE
 Assessoria
 da Câmara
 Reb. Substitui
 Coimra Maria
 do Santos
 Ee. Arrematada

Reconheço a(s) firma(s)
 de Carlos de Jesus
Almeida
☐ Por Semelhante e Arrendatário
 30/08/2018
 Em 30/08/2018 da Verdade
 Valendo-me com o selo
 da Prefeitura Municipal

CARTORIO DO 1º OFÍCIO

Selo TJSE: 201.829535/210726
 Acesso: www.tjse.jus.br/xi P27870

CARTÓRIO DE REGISTRO DE IMOVEIS
COMARCA DE JOQUEIM-SE
Josefa Reis de Conceição

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o **OUTORGANTE:**
José Diniz de Jesus Santos, portador do RG: 2.561.586-6
expedido por SSP/SE, em 12/06/2013 Inscrito no CPF/MF :
05.698.06.2595, residente na
conjunto Jooz hsmach Rua acacio amorim, nº 66,
Bairro centro na Cidade/UF Boquim - AL, o qual
se responsabiliza integralmente pela veracidade e fidelidade dos documentos apresentados
ao OUTORGADO, sejam eles de natureza pública ou privada, ficando ciente das
repercussões penais decorrentes do descumprimento, confere ao **OUTORGADO : ANDRÉ**
SILVA RESENDE, portador do RG n.º **2.014.580-2**, expedido pelo SSP/SE, em
15/09/2010, e inscrito no CPF/MF sob n.º **002.457.085-02**, residente na Rua José Soares
de Souza, nº63, Bairro Boquim Velho, Boquim, Sergipe,

Amplios poderes para participar todos os atos administrativos que se fizerem necessário
na movimentação e conclusão do processo, especialmente para preenchimento e assinatura
de formulários, com fim de requerer indenização por Morte, Invalidez Permanente Total ou
Parcial e/ou DAMS – despesas médicas e hospitalares, do **Seguro Obrigatório – DPVAT**,
referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima:

José Diniz de Jesus Santos

31 AGO 2018

Boquim, 22 de agosto de 2018

Outorgante: José Diniz de Jesus Santos

Cartório do 1º Ofício Boquim-SE	Reconheço a(s) assinatura(s) <u>José Diniz de Jesus Santos</u>
Assessoria da Constituição Rob. Substituição Comissão Moral dos Juizes Etc. Juramentado	<input type="checkbox"/> Por Semelhança <input checked="" type="checkbox"/> Por Autenticidade <u>22/08/2018</u> Em Teste <u>da Verdade</u> Assinado com o selo de Autenticidade

CARTORIO DO 1º OFICIO
Selo TJSE 2018 0535 010726
Acesso: www.tjse.jus.br/Pd7810

CARTORIO DO 1º OFICIO
REGISTRO DE IMOVEIS
COMARCA DE BOQUIM-SE
Josefa Reis de Conceição
Escriturante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321621/18

Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF: 056.980.625-95

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE SILVA RESENDE : 002.457.085-02

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

JOSE DENER DE JESUS SANTOS : 056.980.625-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018
Nome: ANDRE SILVA RESENDE
CPF: 002.457.085-02

ANDRE SILVA RESENDE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321621/18

Número do Sinistro: 3180406657

Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF: 056.980.625-95

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: ANDRE SILVA RESENDE
CPF: 002.457.085-02

ANDRE SILVA RESENDE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321621/18

Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF: 056.980.625-95

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANDRE SILVA RESENDE : 002.457.085-02

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

JOSE DENER DE JESUS SANTOS : 056.980.625-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/09/2018
Nome: ANDRE SILVA RESENDE
CPF: 002.457.085-02

ANDRE SILVA RESENDE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/09/2018
Nome: WILLIANS SANTOS DE FREITAS
CPF: 044.100.755-43

WILLIANS SANTOS DE FREITAS