
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



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 LIDER 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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

056.980.695 - 95

Nome completo da vítima

José Dener de Jesus Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Dener de Jesus Santos	056.980.695-95	Recurso
Endereço	Número	Complemento
Rua J, 67 João Birman	64	Casa
Bairro	Estado	CEP
Centro	Sergipe	49 360-000
Email	Telefone (DDD) 3015-7531 4999842-1511	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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	Name	NRO	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	D/V
NRO.		NRO.	
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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

Botânia , 34 de Agosto de 2018
Local e Data

José 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 N°: 64069 - FATO ATÍPICO

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

Situação: Aguardando Validação

FATO

Descrição da Natureza: Fato atípico

Data: 16/12/2017 20:00

Endereço: Praça da estação

Número:

Bairro: CENTRO

Cidade: BOQUIM

VÍTIMA

Nome: JOSE AILTON DOS SANTOS

Nome da mãe:

Nome da mãe: ANA MARIA DOS SANTOS

Profissão: RECUSA

Data de nascimento: 04/09/1968

Órgão emissor: SSP / SE

RG: 1213557

Naturalidade: BOQUIM/SE

CPF: 795.906.675-20

LOGRADOURO

Endereço: RUA BISMARCK

Número: 64

Bairro: CENTRO

CEP: 49360-000

Cidade: BOQUIM/SE

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 interditada 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

José 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

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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

Castanheira 24 de Agosto de 2018

Local e Data

José 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 4859

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: 00000003580-4

Nr. da Autenticação 5E291699B4A54122



Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 13.255.658.0001-96
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

13533 / 0

LIVIA BALBINO PINTO

R. A CJ JOÃO BISMAK, 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/CPF: 030.435.305-50
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 8 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 013533

DADOS DE FATURAMENTO

Acrecentação: 08/08/2018
Mês/Ano Faturamento: 08/2018
Lectura atual: (08/08/2018) 395
Lectura anterior: (04/07/2018) 347
Próxima leitura: 06/09/2018
Consumo Médido (kWh): 48
Consumo Diário (kWh): 1,45
Dias de Consumo: 33
Ocorrências 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	29/06/18	
05/2018	53	Lido	30/05/18	
04/2018	57	Lido	11/04/18	
03/2018	58	Lido	12/03/18	
02/2018	30	Lido	26/02/18	
01/2018	79	Lido	16/01/18	
06/2017	30	Lido	17/11/17	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série:
02.001.2006.007915-59 00.287.883 / 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% 2,08
Encargos Setoriais: 5,50% 1,85
Tributos: 22,70% 7,98
Outros: 0,00
TOTAL: 34,99

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	48	0,64349 =	30,88
ADIC. BAND VERMELHA	48	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\$)	DADOS TÉCNICOS
ICMS	0,00	ISENTO	0,00	Inst. transformadora.: 1020214
(incluso no valor) PIS/PASEP	34,99	0,68	0,30	Número do medidor...: 2450817
COFINS	34,99	4,03	1,41	Fator de multiplicação: 1,000
				Tipo de ligação: Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: ARAUÁ	Referência: 08/2018	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD: 15,42				
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC/FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		META DIC: 5,91	11,82	23,84
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora para garantia mensal. Início e atual:		APUR DIC: 1,82	1,82	0,00
RESERVAÇÃO AO FISCO: 0283.A210.AFB.1DC1.97A12.CMF.31FB.TDA.		META FIC: 3,42	6,85	13,70
		APUR FIC: 1,00	1,00	0,00
		META DMIC: 3,46		
		APUR DMIC: 1,82		

Res.Anex:238518BandPalmeira2, vigência 01/05/2018

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 - ISNC. ESTADUAL N° 27.051.036-2
Informações e/ou Reclamações - Ligue 08000790195

Nº Documento: 2018056855687

ESCRITÓRIO BOQUIM

MATRÍCULA
00685568.7

CLIENTE

ANDRE SILVA RESENDE

CPF/CNPJ:

002.XXX.XXX-XX

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
00685568.7

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 ESGOTO
LIGADO 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	CONSUMO/DIA	
		(M ³)	DIAS	(M ³)
54	56	2	30	0,07
04/04/2018	04/05/2018	NºHm:	A15N241819	

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

Valor R\$

ÁGUA RESIDENCIAIS 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	2 M ³	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 nº 5.440 e Portaria nº 2.914)

GERÊNCIA REGIONAL: SUL

REDE DE DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA
PARÂMETROS (Valores Médios)

VIA CLIENTE

Mês/Ano: 04/2018

TURBIDEZ (uT)

CLORO (mg/L)

Emitido por: INTERNET

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 23/05/2018

DESO

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



VIA DESO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

05 JUN 2018

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <https://www.seguradoraslider.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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu André Silva Resende inscrito (a) no CPF 009.457.085 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Domingos de Jesus Santana inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.980.695 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima, 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	Número	Complemento
<u>Rua José Soares de Souza</u>	<u>63</u>	<u>Casa</u>
<u>Boqueim Velho</u>	<u>Estado</u>	<u>CEP</u>
<u>Boqueim</u>	<u>Sergipe</u>	<u>49360-000</u>
<u>Email</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
	<u>(79)3015-1551</u>	<u>(79)99984-6139</u>

Botânia 24 de Agosto de 2018
Local & Data

André Silva Resende
Assinatura do Declarante

31 AGO 2018

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ailton dos Santos,
RG nº 1213557, data de expedição 24/10/2007
Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 796.906.625-20 com
domicílio na cidade de Boquim, no Estado de
Sergipe, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
conjunto João Bernacki Rua círculo anhinga nº 66,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Dinen de Souza Santos cujo o condutor era
José Dinen de Souza Santos.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
Ano: 2015
Placa: WKT 9072
Chassi: 3C2ZC4J10FR216182
Data do Acidente: 36/08/2018
Local e Data: BOQUIM 20-08-2018

José Ailton dos Santos
Assinatura do Declarante

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

Cartório do 1º Ofício	Reconhecimento(s) firmado(s)
1º Ofício	<u>José Ailton dos Santos</u>
Boquim-SE	
José Reis do Concelho Rob. Substituto	<u>José Reis</u>
Câmara Maria das Flores	<u>20/08/2018</u>
Escrivente	<u>Em testemunha da Verdade</u>
Assinatura	<u>Assinante com o selo</u>
	<u>de fábrica</u>

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Selo TSE: 201 8.205.350.0327
Lixeira: www.srujus.br/ 7PHK.2F

31 AGO 2018

CARTÓRIO DE 1º OFÍCIO
REGISTRO DE IMÓVEIS
COMARCA DE BOQUIM-SE
- José Reis de Conceição
Escrivente



RELATÓRIO MÉDICO

Fundação
Hospitalar
de Saúde

NOME DO PACIENTE: José Dever 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, José Dever de Jesus Santos, em sua entrada no HUSE, vítima de acidente de trânsito. Agrediu-se ao trânsito em plena (1). Foi atendido pelo médico plantonista que fez o procedimento Síntesis avaliado do Ortopedista. Após radiografia evidenciou fratura das ossas da perna (1). Foi internado para tratamento cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx da perna (1) em HP e perfil; Escaneio pré-operatório;

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Hildegardinha L. de Brito visto.

Dra. Sérgia Queiroz.

Dra. Thiago M. Ecol.

31 AGO 2012

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

ARACAJU, 025 de 02 de 2012

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1647832
CNS:DATA: 16/12/2017 HCRA: 22:02 USUARIO: ELMENEZES
SETOR: 06-SUTURA

NOME

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

IDADE.....: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

DOC....: 2561586

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

SEXO...: MASCULI

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

NUMERO: 3c

MUNICIPIO....: 700508428199760 BAIRRO: CENTRO

UF: SE CEP....: 49360-1

NOME PAI/MAE...: BOQUIM

/CLEIDE SELMA DE JESUS

PESONSAVEL...: JOSE AILTON DOS SANTOS

TEL....: 79-9963

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

307

ATENDIMENTO...: BOQUIM

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: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TO [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

Painel de cinto

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Tromme nefrano

DIAGNOSTICO:

PRESCRICAO

CID:

HORARIO DA MEDICAGAO

*Pr. Dado Benm**Rx perna & AP + sef. C*

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

HORA DA SAIDA:

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

[] DESISTENCIA

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ONITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. FAM

Klinica Souza dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Dr. Sergio Queiroz

Assinatura do CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLÓGIA - HU/SE
DECISO EM 16/12/17
AS 02.39. HORAS
TECNICO DE RADIOLÓGIA

Assinatura do CARIMBO DO MEDICO

31 AGO 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Nº Definitivo...: 164003
Número do CNS....: 0000000000000000
Nome.....: JOSE DENER DE JESUS SANTOS
Número de Cpf.....: 25615866 Tipo :
Data de Nascimento: 13/03/1995 Idade: 22 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsável.....: JOSE AILTON DOS SANTOS
Nome da Mae.....: CLEIDE SELMA DE JESUS
Endereço.....: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA 38 700508428199760
Bairro.....: CENTRO Cep.: 49360-000
Telefone.....: 79-99639-8307
Cep.....: 2800670 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Residência.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

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

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
Hr Saída:
Especialidade:
Lado de Saída:
Principais:
Secundário:
Vigilante:
Guardião:
:

31 AGO 2018



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE _FHS
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE _HUSE
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Setor no HUSE onde o paciente encontra-se: UTI Coronário
Especialidade: Clínica Médica NCR Ortopedia Vascular Outros:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: João Denner de Jesus Santos
Data de Nasc.: 13/03/1995 Idade: 22 Sexo: Fem Masc Tel: _____
Mãe: Clarisse Silvana de Jesus Pai: _____
RG: 25615366 CPF: _____ Cartão do SUS: 700508428193760
Endereço: _____ Cidade: _____

DESCRÍÇÃO QUADRO CLÍNICO

Fratura das ossas da perna D

EXAMES / ANEXOS

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

Legenda: Hb_hemoglobina / Creac_creatinina

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: 31 AGO 2010

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

Data: 20/12/17

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

Médico solicitante (Assinatura / Carimbo)

SERGIPE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



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: P.J. fui atendido no dia 18/12/17 com suspeita de fratura da perna direita. Foi realizada tomografia computadorizada que confirmou a fratura. Foi encaminhado para o Hospital Geral São Vicente de Paulo para cirurgia.

Col. Traumato - s/ Hosp. Geral São Vicente 7:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

	ORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO		
1. Dieta VO LIVRE BRANDA	2 ERAS	in 23:00	
2. SF0,9% 1500ML EV P/24H		500	500
3. Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	D,	16	24
4. Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		06	08
5. Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h		18	24
6. Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h		24	12
7. Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h		12	04
8. Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	(SUSP)		
9. Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS		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 DIARIO 1X/DIA			
19.	<i>Dr. Francis Lima de Vasconcelos ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - SE 3911</i>		
20.			
21.			
22.			
23.			

91 AGO 2018

SERGIPESECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE SERGIPE
HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE – HUSE
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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: *ptb evolui bem com dor no pulo*
frat da perna d *Cai Mallo*

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE BRANDA	<i>5/12</i>
2	SF0,9% 1500ML EV P/24H	<i>5/12</i>
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP	<i>5/12</i>
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	<i>5/12</i>
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	<i>X 5/12</i>
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h	<i>X 5/12</i>
7	Tramal 100mg + 250 ml SF0,9, IV, 8h/8h SOS	<i>5/12</i>
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	<i>X</i>
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	<i>X</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	<i>81 AGO 2018</i>
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP	
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA	
19		
20		
21		
22		

Dr. Thiago M. Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRJ/CE 129 - 1502-15634

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 1032720

DADOS DA AUTORIZAÇÃO					
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 - TITULARIDADE DA CARTERA	
10 - NOME <i>Yuri Domeni de Jesus</i>				11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP / CPF	12 - NOME DO CONTRATADO			14 - CÓDIGO CNES	
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				16 - CÓDIGO PROFISSIONAL	17 - NF DO CONTRATO
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO					
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP / CPF	21 - NOME DO PRESTADOR			23 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS	
22 - CARTEIRA DE INTERNAÇÃO E - Eletrônico U - Digital/Externa	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO 1 - Clínica 2 - Clínico 3 - Clínico 4 - Pediatra 5 - Psiquiatra	24 - REGIME DE INTERNAÇÃO 1 - Hospitalar 2 - Hospitalizado 3 - Doméstico			
25 - INDICAÇÃO CLÍNICA					
HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS					
27 - TIPO DE DOENÇA A - Agudo C - Crônico	28 - TEMPO DA DOENÇA A - Anos M - Meses D - Dias	29 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE B - Acidente ou doença relacionada ao trabalho 1 - Privado 2 - Outras			
30 - CID 10 PRINCIPAL	31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (3)	33 - CID 10 (4)		
PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
34 - TABELA	35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>52340338</i>	36 - DESCRIÇÃO <i>Fratura de Tibia</i>	37 - QTDE. DIÁRIAS <i>✓</i>		38 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS
1					
2					
3					
4					
5					
DADOS DA AUTORIZAÇÃO					
45 - DATA PROVAVEL ADMISSÃO POSS.	46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS	47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA	48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP	49 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS	
50 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO					
51 - OBSERVAÇÃO <i>31 AGO 2018</i>					
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO
COD. 88595 1000 bls. 50x1 - 1.025.001 A 1.075.000 - 03/12					

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.3911 [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 tto cirúrgico, procedimento realizado sem intercorrências.)	[1]
CID 10	S822 FRAT DA DIAFISE DA TIBIA	[1]

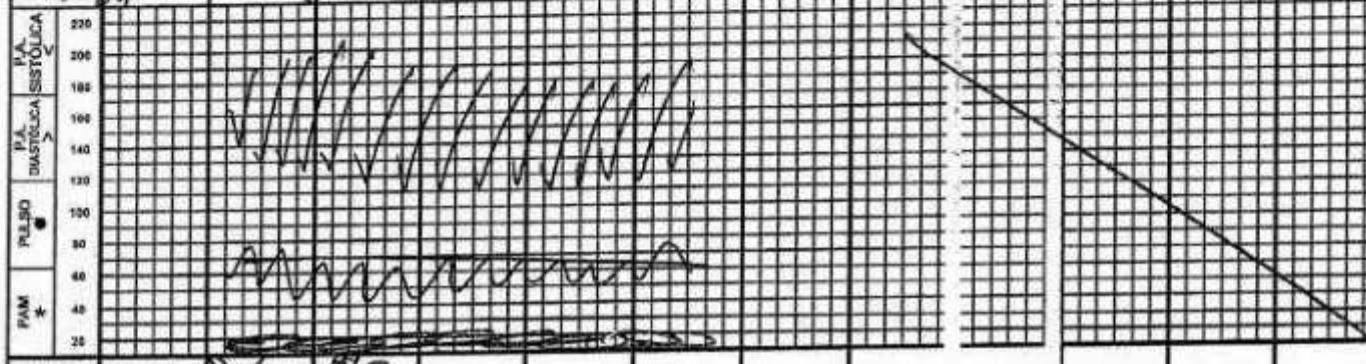
31 AGO 2018

FICHA ANESTÉSICA
ANESTESIOLOGISTA
 Dr. Lílio M. Guerreiro
 MECRO Anestesiologista
 CRM-RJ 14.144

 IDADE _____ PESO _____
 CONVÉNIO _____

 NOME José Dener de Jesus Santos
 DATA 11/08/14 INÍCIO ANES. 09:40 INÍCIO CIR. 09:40 DURAÇÃO _____
 CIRURGIA Tto mangu protuso fibra (1)
CÓDIGOS CIRÚRGICOS
 CIRURGIÃO Alvaro Raut AUXILIARES Eduardo

AGENDA	TEMPO	80min		120min		180min		240min	
		80min	120min	80min	120min	80min	120min	80min	120min
O2	SpO2	97	97	97	97	97	97	97	97
N2O	ETCO2								
Sevo	BIS								

 POSIÇÃO D 0 90 90 10

 DIURESE 100 100 100

 VENOCOLIRE Lav Lav Lav

SINDR. ANESTÉSICA

Xmas + venocare CMS 9 mm Hg 10 mm Hg 10 mm Hg
120 mm Hg CPC 100 mm Hg 100 mm Hg
100 mm Hg 100 mm Hg

- | | | |
|----------------------|----------------|----|
| 1. Midazolam 1mg | 9. Apnea 3 | 1. |
| 2. Fentanil 10mcg | 10. mania 4 | 1. |
| 3. midolac 100.05.75 | 11. asprin 400 | 1. |
| 4. Atm 8cc | 12. | 2. |
| 5. Ivermido 4mg | 13. | 2. |
| 6. alzoblo 6 | 14. | 2. |
| 7. dexam 10g | 15. | 2. |
| 8. utrop 10cc | 16. | 2. |

OBSERVAÇÕES

- ECG SpO2 ETCO2
 PANI PAM PVC
 TOF BIS DPP
 OLETAÇÃO OCULAR SIM NÃO
 OCLUSÃO ESPARADRAPO GEL OCULAR

 REPOSIÇÃO VOLêmICA Ringer Lactato 1000 ml SF0,9% ml

 ANESTESIA GERAL Sedação Endovenosa Inalatória Balanceada Combinada

 VENTILADOR Drager RESPIRAÇÃO Espontânea Controllada PCV VCV Suporte

 IOT INT ML N° _____ Traqueostomia FR _____ PIT _____ V: _____ PEEP _____ FIO2 _____

 BLOQUEIO Raqui Ag n° 18 Peridural Ag n° _____ Cateter Sim Nã Pto o Braquial

 ENCAMINHAMENTO Acordoado Sonolento Intubado DESTINO SR Ito UTI Ambulatorial

MATERIAL CONSIGNADO

NOME: José Deverz de Jesus Santos **CIRURGIA:** Frectur de Tibia **MÉDICO:** Dr. Francisco Lima de Souza Conceição **INSTRUMENTADOR:** Antonio **REGIÃO:** Rego Di Reic **FORNECEDOR:** Vasco Quan

ATENDIMENTO 47 56 87 91

CIRURGIA: Fratura de tibia
MÉDICO: Dr. Carlos Lima de Sousa
INSTRUMENTADOR: Antonio
REGIAO: Rua Dr. Peixoto
FORNECEDOR: Vero Placa

QUANTIDADE	DISCRICÃO DO MATERIAL
0,1	Parafuso temporário
0,1	4x22 Bloqueada
0,4	Parafuso para botas bloquedas

31 AGB 2018

Ass. Médico: Dr. Francisco Lameira
Oncólogo e
Cirurgião

Agência de Oliveira S.A.
Av. das Amoreiras, 1000
Cortegaça - 2653-116

Ass. do Circulante:

Ass. do Enfermeiro(a):

HOSPITAL

Ho? VIDA



ORTOPLAN SERGIPE LTDA. - EPP

Av Rio Branco, 186 - Ed. Ovidio Teixeira - Sala 817

Telefax: (78) 3222-0250 / 3222-0363 - CEP 49010-030 Aracaju

PACIENTE: José Dourado de Jesus Santos

Nº DAAH:

DATA DA CIRURGIA: 21/12/17CIRURGÃO: Dra AdonaiPRONTUÁRIO Nº 47568424CONVÉNIO: Porto AlegrePROCEDIMENTO: Fratura de TíbiaNº 016550

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

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"/> Umero	340	0
	Placa em T 3,5		Parafuso para Haste Bloqueada	30	0
	Placa A/C Estreita Peq. Fractos 3,5		Parafuso Tampão	35	0
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fractos 3,5		Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten	40	0
	Placa em Trevo 3,5		Fixador (Parafuso Tampão)		0
	Placa de Reconstrução 3,5		Fixador Linear (Antebraço)		0
Grandes Fragmentos	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input checked="" type="checkbox"/> 6,5		Fixador Linear (Úmero)		0
	Placa A/C Estreita 4,5		Fixador Linear (Mão e Pé)		0
	Placa A/C Larga 4,5		Fixador Linear (Femur/Tibia)		0
	Placa Ponte Larga 4,5		Fixador Linear (Fêmur)		0
	Placa Semitubular 4,5		Fixador Linear (Tibia)		0
	Placa Reta Maleável 4,5		Fixador Linear TP Preston (Tibia)		0
Fra. Colo.	Placa Supra Condilar 4,5		Fixador Linear TP Preston (Úmero)		0
	Placa em L/T 4,5 <input type="checkbox"/> Direita <input type="checkbox"/> Esquerda		Fixador Linear TP Preston (Fêmur)		0
	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia		Fixador Articulado (TP Colles)		0
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 95° <input checked="" type="checkbox"/> 135°		Fixador Ilizarov		0
	Parafuso Deslizante		Lâmina de Cartilagem		0
	Parafuso de Compressão		Lâmina de Osso		0
Quadril	Prótese Thompson		Equipo p/ Bomba Infusão		0
	Parafuso p/ Acetáculo		Equip. Multivias		0
	Acetáculo Bipolar		Ponta de Radiofrequência (Ablator)		0
	Acetáculo NI Cimentado		Parafuso Transverso		0
	Acetáculo Cimentado		Parafuso de Interferência		0
	Inserto do Acetáculo		Agrafe		0
Joelho	Cabeça Intercambiável		Âncora Femoral (Endoboton)		0
	Haste		Âncora		0
	Centralizador		Cânuia		0
	Restritor de Cimento		Fio de Kirschner		0
	Componente Femoral		Fio de Steinmann		0
	Inserto Tibial		Fio de Cercagem		0
	Base Tibial		Grampo de Blount		0
	Componente Patelar		Placa Bloqueada 3,5 (0
	Steri Drape		Placa Bloqueada 4,5 (0
	Cimento Ortopédico		Placa Titânio () (0
	Kit Cimentação		Placa Pedus		0

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	MM	QTD
PARAFUSO CORTICAL	Nº	3,5MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	MM	QTD
PARAFUSO ESPONJOSO	Nº	4,0MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	MM	QTD
PARAFUSO CORTICAL	Nº	4,5MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	MM	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	Nº	4,5MM	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº		QTD
PARAFUSO ESPONJ.	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº		

Dr. Francisco Lima de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 3911

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:37

Paciente: JOSE DENER DE JESUS SANTOS	Dt. Nasc.: 19/03/1995	Aheadamento: 47088724	Prontuário: 156998101
Convênio: UNIPAR CMGS ARACAJU	Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE	Lote: LR-002/1	
Profissional(es): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MEDICO CRM:3811 [1]	Nº: 17497664	21/12/2017	hs 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]
Anestesista	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 AGO 2018



HOSPITAL
GABRIEL
SOARES

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

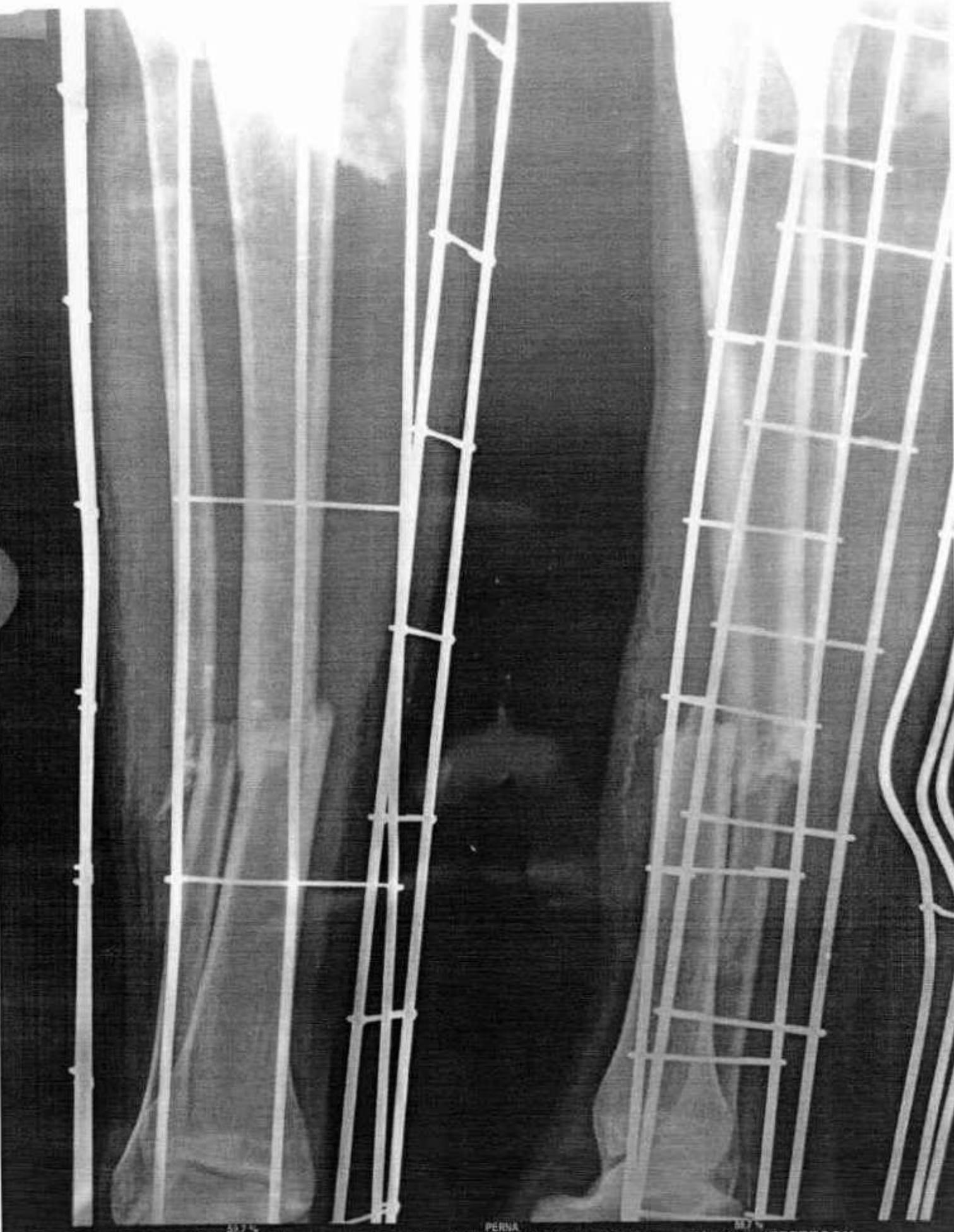
Paciente: José Dener de Jesus Santos

André Cleyo Soico Santos
Coord. Enfermagem
Matrícula - 850

Assinatura

31 AGO 2018

Aracaju 20 Dezembro 2017



HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE
E: JOSE DENER DE JESUS SANTOS - MATRÍCULA: 1647832 - NASCIMENTO : 13/03/1995
VENIO: SUS - SETOR: SUTURA

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

PERNA

53.7%



21/12/2017 06:40:03

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

Prontuário	Nome do Paciente		Sexo	Nascimento	Idade
15698101	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

Setor

900535-RECEPCAO PRINCIPAL - HGS ARACAJU

Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
21/12/2017	06:33		
Médico Atendente		Clínica	
36422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS		4-CIRURGICA	
Médico Acompanhante		Tipo Atendimento	
36422831 FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS		0 INTERNACAO	

Avaliação médica

DADOS DO CONVENIO

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Óstio	Acomodação	Leito

I. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
332720	99996666		INTERNACAO

52340358 - Fratura de Tibia

✓ Cleide Selma 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	Lito: LR-002/1
-------------------------------	-------------------------------------	----------------

Professional(is): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO, CRM:3911 [1]	Nº: 17498100	21/12/2017	10:28
---	--------------	------------	-------

REGISTROS MÉDICOS DA EVOLUÇÃO

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

31 AGO 2018



HOSPITAL
GABRIEL
CARES

FICHA ANESTÉSICA

ANESTESIOLOGISTA
Dr. Hugo M. Guerreiro
Médico Anestesiologista
CRM/PE 3414

IDADE	PESO	ASF
-------	------	-----

NOME <i>José Dener de Jesus Serrato</i>				DATA <i>20/07/17</i>	INÍCIO ANES. <i>07:40</i>	INÍCIO CIR. <i>07:40</i>	DURAÇÃO	CONVÉNIO <i>Particular</i>																																																																
CIRURGIA <i>Tto nexo pecto fibra (1)</i>																																																																								
CÓDIGOS CIRÚRGICOS																																																																								
CIRURGIÃO <i>Alvaro Baut</i>		AUXILIARES <i>Francis</i>																																																																						
<table border="1"> <tr><td>TEMP</td><td>30min</td><td>120min</td><td>240min</td><td>360min</td><td>480min</td><td>600min</td><td>720min</td></tr> <tr><td>OXIGÉNIO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>AR COMP.</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SEVO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>N2O</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>SpO2</td><td>97</td><td>98</td><td>99</td><td>99</td><td>99</td><td>99</td><td>99</td></tr> <tr><td>ETCO2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>BIS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>								TEMP	30min	120min	240min	360min	480min	600min	720min	OXIGÉNIO								AR COMP.								SEVO								N2O								SpO2	97	98	99	99	99	99	99	ETCO2								BIS								
TEMP	30min	120min	240min	360min	480min	600min	720min																																																																	
OXIGÉNIO																																																																								
AR COMP.																																																																								
SEVO																																																																								
N2O																																																																								
SpO2	97	98	99	99	99	99	99																																																																	
ETCO2																																																																								
BIS																																																																								
POSIÇÃO <i>01 02 03 04</i>																																																																								
<table border="1"> <tr><td>P.A.</td><td>220</td><td>200</td><td>180</td><td>160</td><td>140</td><td>120</td><td>100</td></tr> <tr><td>PA. DIASTÓLICA</td><td>220</td><td>200</td><td>180</td><td>160</td><td>140</td><td>120</td><td>100</td></tr> <tr><td>PULSO</td><td>100</td><td>80</td><td>60</td><td>40</td><td>20</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PAM *</td><td>220</td><td>200</td><td>180</td><td>160</td><td>140</td><td>120</td><td>100</td></tr> </table>								P.A.	220	200	180	160	140	120	100	PA. DIASTÓLICA	220	200	180	160	140	120	100	PULSO	100	80	60	40	20			PAM *	220	200	180	160	140	120	100																																	
P.A.	220	200	180	160	140	120	100																																																																	
PA. DIASTÓLICA	220	200	180	160	140	120	100																																																																	
PULSO	100	80	60	40	20																																																																			
PAM *	220	200	180	160	140	120	100																																																																	
DIURESE																																																																								
VENOCLOSE																																																																								
INIBIDA INFUSÃO																																																																								
<i>Xmas - vacina CMS mês 1 (1) Agosto em outubro</i> <i>127 mês (00) feve amigd. tons 01/08</i> <i>Ces 10/08</i>																																																																								
1. hidroclor 100ml 2. furosem 100ml 3. metoclo 100ml 05.75g 4. dypm 80g 5. levodio 40g 6. alginato 10g 7. dicant 10g 8. citrato 10g								9. dypm 3 10. manum 10g 11. enzim 40g 12. 13. 14. 15. 16.	1. 1. 1. 2. 2. 2. 2. 2.																																																															
								31 AGO 2018																																																																
OBSERVAÇÕES								<input checked="" type="checkbox"/> ECG <input checked="" type="checkbox"/> SpO2 <input type="checkbox"/> ETCO2 <input checked="" type="checkbox"/> PANI <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> PVC <input type="checkbox"/> TOF <input type="checkbox"/> BIS <input type="checkbox"/> DPP <input type="checkbox"/> IOTEÇÃO OCULAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> OCLUSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ESPARADRAPO <input type="checkbox"/> GEL OCULAR																																																																
REPOSIÇÃO VOLÊMICA <input type="checkbox"/> Ringer Lactato <i>1000 ml</i> <input type="checkbox"/> SF0,9% <i>ml</i>																																																																								
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalatória <input type="checkbox"/> Balanceada <input type="checkbox"/> Combinada																																																																								
VENTILADOR <input type="checkbox"/> Drager <input type="checkbox"/> _____ RESPIRAÇÃO <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Controllada <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> VCV <input type="checkbox"/> Suporta																																																																								
<input type="checkbox"/> IOT <input type="checkbox"/> INT <input type="checkbox"/> ML N° _____ <input type="checkbox"/> Traqueostomia FR _____ PIT _____ <input type="checkbox"/> : _____ <input type="checkbox"/> EEP _____ FIO2 _____																																																																								
BLOQUEIO Raqui Ag n° <i>11</i> <input type="checkbox"/> Peridural Ag n° _____ Cateter <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pto o Braquial <input type="checkbox"/> _____																																																																								
ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> Acordado <input type="checkbox"/> Sonolento <input type="checkbox"/> Intubado DESTINO <input checked="" type="checkbox"/> SR A <input type="checkbox"/> Ito <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> Ambulatorial																																																																								



RELATÓRIO MÉDICO

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:

Melato para fins Periciais que, Yosi Dener de Jesus Santos, deu entrada ao HUSP, vítima de acidente de trânsito. Apresentando fratura em punho ①. Foi atendido pelo médico plantonista que fez o procedimento de limpeza e desbridamento da Osteopatela. Após radiografia evidenciou fratura das ossos da pessoa ②. Foi internado para tratamento cirúrgico.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx da pessoa ② em AP e perfil; Escanses pré-operatório;

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dra. Hildegardinha L. de Brito visto.

Dra. Sérgia Queiroz.

Dra. Thiago M. Eral.

31 AGO 2012

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

ARACAJU, 02^º de 01 de 2012

*Dra Ligia Braga de Abreu
Análise de Prontuário/HUSP
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	DOC...: 2561586
IDADE.....	: 22 ANOS NASC: 13/03/1995	SEXO...: MASCULI
ENDERECO....	: RUA JOSE LUIZ DA COSTA GOUVEIA	NUMERO: 32
COMPLEMENTO....	: 700508428199760 BAIRRO: CENTRO	
MUNICIPIO....	: BOQUIM	UF: SE CEP...: 49360-000
NAME PAI/MAE...	: JOSE AILTON DOS SANTOS /CLEIDE SELMA DE JESUS	
RESPONSAVEL...	: JESSICA-PRIMA/TRAZ.PELO SAMU	TEL...: 79-9963307
PROCEDENCIA....	: BOQUIM	
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.: [] PES.: []

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____/____/____

Anse d'urto

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Tromme nefru

DIAGNOSTICO:

ABD

CID:

HORARIO DA MEDICACAO

Pr. Iano Bem

As perna > AP + scuf. C

DATA DA SAIDA:

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

[] EVASAO

HORARIO SAIDA:

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

PERITO: [] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT.

Klinica Souza dos Santos

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

Dr. Sergio Queiroz

ASSINATURA DO CARIMBO DO MEDICO

EXAME DE RADIOLÓGIA - HU/SE	
RECEBIDO EM	16/12/17
AS	22.29. HORAS
TECNICO DE RADIOLÓGIA	

31 AGO 2018

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

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

DADOS DA INTERNACAO

N.º de Entrada...: 4 - EMERGENCIA N.º do BE: 1647632
Unica.....: 940 - PS VERDE TRAUMA I
Relato.....: 999.0156
Data de Internacao: 17/12/2017
Hora da Internacao: 22:00
N.º de Solicitante: 003.725.465-01 - HILDEBRANDO LUBAMBO DE BRITTO NETO
N.º de Solicitado: NAO INFORMADO
N.º de Estudo.....: NAO INFORMADO
N.º de Operador.: ESBSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

Realizado:
N.º de Saída:
Especialidade:
N.º de Saida:
Principai:
Secundario:
Terciario:
Quaternario:

31 AGO 2018



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE _FHS
HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE _HUSE
GUIA DE TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR

Fundação
Hospitalar
de Saúde

Setor no HUSE onde o paciente encontra-se: VITI comedor
Especialidade () Clínica Médica () NCR () Ortopedia () Vascular () Outros:

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

DADOS DO PACIENTE

Nome do Paciente: José Denen de Jesus Santos

Data de Nasc.: 13/03/1995 Idade: 22 Sexo: () Fem () Masc Tel: _____

Mãe: Cléide Silvana de Jesus Pal: _____

RG: 25615866 CPF: _____ Cartão do SUS: 700508428199760

Endereço: _____ Cidade: _____

DESCRIÇÃO QUADRO CLÍNICO

Fratura das ossas da perna

EXAMES / ANEXOS

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

Legenda: Hb _hemoglobina / Creac _creatinina

INFORMAÇÕES DA TRANSFERÊNCIA

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

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: 31 AGO 2010

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: _____

Data: 20/12/117

Dr. Francis Lima de Vasconcelos

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM - SE 3911

Médico solicitante (Assinatura / Carimbo)

GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Nº 1032720

DADOS DA AUTORIZAÇÃO					
1 - ANS - nº 36.825-3	2 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	4 - SENHA	5 - DATA VENCIMENTO DA SENHA	6 - DATA DE EMISSÃO DA GUIA	
DADOS DO BENEFICIÁRIO					
7 - NÚMERO DE CARTÃO	8 - PLANO	9 - VALIDADE DA CARTA			
10 - NOME <i>Yose Dinen de Jesus</i>	11 - NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE				
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE					
12 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP / CPF	13 - NOME DO CONTRATADO	14 - CÓDIGO CNES			
DADOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
15 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	16 - CONE. PROFISSIONAL	17 - Nº DO CONSULTOR	18 - UFF.	19 - CÓDIGO CBO	
DADOS DO CONTRATO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO					
20 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP / CPF	21 - NOME DO PRESTADOR	22 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	23 - TIPO DE INTERNAÇÃO	24 - REGIME DE INTERNAÇÃO	25 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS
E - Clínica U - Urgência/Emergência	I - Clínico 2 - Clínico 3 - Obstétrico 4 - Pediatra 5 - Psiquiatra	I - Hospitalar 2 - Hospital-Clínica 3 - Consultar			
26 - INDICAÇÃO CLÍNICA					
27 - HISTÓRICO CLÍNICO					
28 - TIPO DE DOENÇA A - Aguda C - Crônica	29 - TEMPO DA DOENÇA A - Anos M - Meses D - Dias	30 - INDICAÇÃO DE ACIDENTE 0 - Acidente ou doença referenciado na visita - 1 - Rotina - 2 - Exame			
31 - CID 10 (2)	32 - CID 10 (2)	33 - CID 10 (4)			
34 - TABELA 35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i>52340338</i>					
36 - DESCRIÇÃO <i>Fratura de Tibia</i>					
37 - QTDE SOLIC.	38 - QTDE AL.				
39 - TABELA 40 - CÓDIGO DO DNM					
41 - DESCRIÇÃO DNM		42 - QTDE	43 - FAVORECERTE	44 - VALOR UNITÁRIO	
45 - DATA PROVÁVEL ADMISSÃO HOSP. 46 - QTDE. DIÁRIAS AUTORIZADAS 47 - TIPO ACOMODAÇÃO AUTORIZADA 48 - CÓDIGO NA OPERADORA / CNP					
49 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO 50 - QTDE. DIÁRIAS SOLICITADAS					
51 - OBSERVAÇÃO <i>31 AGO 2018</i>					
52 - DATA E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE			53 - DATA E ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO OU RESPONSÁVEL		54 - DATA E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO AUTORIZAÇÃO
COD. 88595 1000 bts. 50x1 - 1.025.001 A 1.075.000 - 03/12					

MATERIAL CONSIGNADO

NOME: José Deveron de Jesus Santos
CHURGIA: Fraturé de Tibia
MÉDICO: Drl Cleonir Lima de Vasconcelos
INSTRUMENTADOR: Antonio
REGIÃO: Peruaí Dl Cenac
FORNECEDOR: Quedo Ques

ATENDIMENTO 47568794

CIRURGIA: Fratura de tibia
MÉDICO: Dr. Francisco Lima de Sousa
INSTRUMENTADOR: Antonio
REGIÃO: Período Diurno
FORNECEDOR: Ortoplast

QUANTIDADE	DISCRICÃO DO MATERIAL
01	Panqueca de tamboi
01	unid. Bloquicola
04	Panquecas para festa bloquicola

Ass. Médico: Dr. Francisco da Cunha
Ass. do Enfermeiro: Dr. Francisco da Cunha

Ass. do Enfermeiro(a):

卷之三

*2011-01 Oliveira S. + 2
Auxiliar CSE de Enfermagem 765315*

HOSPITAL

Ho? VIDA



ORTOPLAN SERGIPE LTDA - EPP

Av Rio Branco, 186 - Ed. Ovidio Teixeira - Sala 817

Telefaz (79) 3222-0250 / 3222-0383 - CEP 49010-030 Aracaju

PACIENTE: Dire Divino de Jesus SantosNº DAAIH: _____ PRONTUÁRIO Nº 47568724DATA DA CIRURGIA: 21/12/17CONVÉNIO: PetrolarCIRURGÃO: Dra. AdoraPROCEDIMENTO: Fratura de Tiba

DESCRÍÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

Nº 016850

MATERIAL	REF.	QUANT.	MATERIAL	REF.	QU.
Peq. Fragmentos	Arruela p/ Parafuso 3,5		Haste Bloqueada <input type="checkbox"/> Femur <input checked="" type="checkbox"/> Tibia, <input type="checkbox"/> Umero	340	0:
	Placa em T 3,5		Parafuso para Haste Bloqueada	30	0:
	Placa A/C Estreita Peq. Fractos 3,5		Parafuso Tampão	35	0:
	Placa 1/3 Tubular Peq. Fractos 3,5		Haste <input type="checkbox"/> Ender <input type="checkbox"/> Mini Ten <input type="checkbox"/> Ten	40	b:
	Placa em Trevo 3,5		Fixador (Parafuso Tempor		0:
	Placa de Reconstrução 3,5		Fixador Linear (Antebraço)		
Grandes Fragmentos	Arruela p/ Parafuso <input type="checkbox"/> 4,5 <input checked="" 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)		
Fra. Colo	Placa Tipo Puddu <input type="checkbox"/> Fêmur <input type="checkbox"/> Tibia		Fixador Articulado (TP Colles)		
	Placa Tubo Richards <input type="checkbox"/> 90° <input checked="" type="checkbox"/> 135°		Fixador Ilizarov		
	Parafuso Deslizante		Lâmina de Cartilagem		
Quadri	Parafuso de Compressão		Lâmina de Osso		
	Prótese Thompson		Equipo p/ Bomba Infusão		
	Parafuso p/ Acetáculo		Equip. Multivias		
	Acetáculo Bipolar		Ponteira de Rádiofrequência (Ablator)		
	Acetáculo N/ Cimentado		Parafuso Transverso		
	Acetáculo Cimentado		Parafuso de Interferência		
	Inserto do Acetáculo		Agrafe		
	Cabeça Intercambiável		Ancora Femoral (Endobôtox)		
	Haste		Ancora		
	Centralizador		Cânula		
Joelho	Restritor de Cimento		Fio de Kirschner		
	Componente Femoral		Fio de Steinmann		
	Inserto Tibial		Fio de Cerclagem		
	Base Tibial		Grampo de Blount		
	Componente Patelar		Placa Bloqueada 3,5 (
31/12/2018	Steri Drape		Placa Bloqueada 4,5 (
	Cimento Ortopédico		Placa Titânio () (
	Kit Cimentação		Placa Pedus		

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	MM	QTD
PARAFUSO CORTICAL	Nº	3,5MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO CORTICAL	Nº	MM	QTD
PARAFUSO ESPINJOSO	Nº	4,0MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	MM	QTD
PARAFUSO CORTICAL	Nº	4,5MM	QTD	PARAFUSO TITÂNIO BLOQUEADO	Nº	MM	QTD
PARAFUSO MALEOLAR	Nº	4,5MM	QTD	PARAFUSO AÇO TIT CANULADO 3,5	Nº	MM	QTD
PARAFUSO ESPONJ.	Nº			PARAFUSO AÇO TIT	Nº		

Dr. Breno Lima de Resende
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 3911

BOLETIM DE CIRURGIA

Pagina 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HGS ARA

21/12/2017 10:37

Paciente: JOSÉ DÉNER DE JESUS SANTOS
Dt. Nasç.: 18/03/1996 Atendimento: 47688724 Prontuário: 15698101
Convênio: UNIPAR CMGS ARACAJU Posto: RPA - RECUPERACAO POS ANESTE Lote: LR-00271

Profissional(s): FRANCIS LIMA DE VASCONCELOS, MÉDICO CRM 3911 [1] Nº: 17497664 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 [1]
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

31 AGO 2018

SERGIPE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
 HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE – HUSE
 SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



EVOLUÇÃO/PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

18/12/17

NOME: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

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

DIAGNÓSTICOS: FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS D

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente veio com queixas ortopédicas,
 e NVD+. Ed: Mantida

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	Dr. Waldir B. da Silva Ortopedista Traumatólogo	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta VO LIVRE BRANDA		SMS
2	SF0,9% 1500ML EV P/24H		SCC SCC SCC
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h SUSP		Sub-pequeno
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00		06 (19:40)
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h		12 18 24 00
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SF0,9%, 12h/12h		12 24
7	Tramal 100mg + 250 mL SF0,9, IV, 8h/8h SOS		SC 5
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia		18 (15:12)
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS		SCS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético		SCS
11	Insulina regular, conforme glicemia:		SCS
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		DCS
17	Gentamicina 240mg , EV, 1x/dia SUSP		
18	CURATIVO DIARIO 1X/DIA		
19			Li
20			
21			
22			
23			
24			

Dr. Waldir B. da Silva
Ortopedista Traumatólogo
CRM-2237

Danielle V. da Silva
Enfermeira
CRM-2237

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 sequela causadas no acidente como consta nas documentações médicas.

Endereço: Rua Josefina S. Santos nº 16, Centro

Boquim/SE

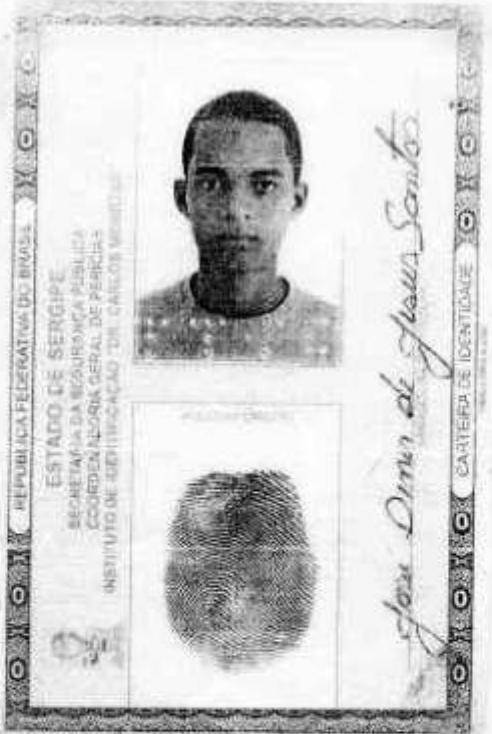
CEP: 49360-000

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

Estância/SE, 14/10/2018

Alexandre Alves Andrade

O I O		ALDAIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	O I O
		2.561.386-6	
		2.VIA	
		DATA DE EMISSÃO	12/06/2013
ARE ALTO DE SANTOS			
CÉLESTE SEMENTE JESUS			
BOMINENSE			
NOME: CT. NSCIM, NR 20.372 LV A 55 FL 494			
CAT. 3 UF. DIST. OFP. BOMINENSE			
056906255			
		DATA DE NASCIMENTO	
		13/XI/1985	
		A. ADRIANA BOURDET	
		Assinatura	
CEP 07116-2000 RJ			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

MENSTRUATION

CENTRAL

31 AGO 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406657 **Cidade:** Boqueim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENNER 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 - OSTEOSÍNTESE 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Maria Dutra Ribeiro".

ESCLARECIMENTO

E

SOLICITAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

Eu, yesí Denner de Jesus Santos, CPF: 056.980.695-95, 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 MINISTÉRIO PÚBLICO, sendo assim, aguardo o andamento e conclusão do processo da forma mais justa e correta.

Telefones para contato: (79) 3015-1511 / (79) 99847-1513

79 99906-5063

Bontânea , 16 , Outubro , 2018

yesí Denner 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

As
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



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

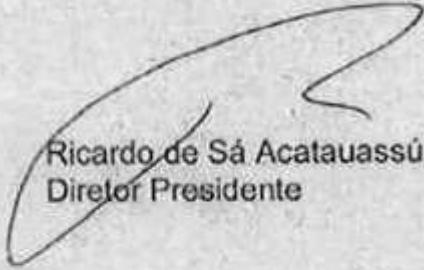
Necessidade de comunicação do conteúdo do presente ofício a todas as sucursais, filiais dessa seguradora e suas reguladoras de sinistros.

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:** Boqueim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENNER 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 - OSTEOSÍNTESE 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:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Ana Maria Dutra Ribeiro".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180406657 **Cidade:** Boquim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DENNER 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 - OSTEOSÍNTESE 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

Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o **OUTORGANTE:**
José Dinei de Jesus Santos, portador do RG: 2.561.586-6
expedido por SSP/SE, em 12/106/2013 inscrito no CPF/MF :
05 698 06 2595, residente na
conjunto jardim brasil Rua acima amarim, nº 66,
Bairro centro na Cidade/UF Boquim - SE, 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,

Amplos 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 Dinei de Jesus Santos

31 AGO 2018

Boquim, 20 de agosto de 2018

Outorgante, José Dinei de Jesus Santos

Cartório do
1º Ofício
Boquim-SE

José Dinei
da Conceição
Rob. Substituto
Comissário
dos Santos
Ex. Atenção
Assistente
do Ofício

Reconheço a(s) firma(s)
José Dinei de Jesus Santos

Poderia ser feita a autenticação
data: 20/08/2018

Em Teste
data: 20/08/2018

Declaro que com o selo
assento devidamente feito
data: 20/08/2018

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Selos TJS: 2018209585010726
Acesso: www.tjsse.jus.br
P.R. 780.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
REGISTRO DE IMÓVEIS
COMARCA DE BOQUIM-SE
Josefa Reis de Conceição
Encarregado

Procuraçāo

Pelo presente instrumento particular de procuraçāo, o **OUTORGANTE:**
José Dinei de Jesus Santos, portador do RG: 2.561.586-6
expedido por SSP/SE, em 12/106/2013 inscrito no CPF/MF :
05 698 06 2595, residente na
conjunto jardim brasil Rua acima amarim, nº 66,
Bairro centro na Cidade/UF Boquim - SE, 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,

Amplos 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 Dinei de Jesus Santos

31 AGO 2018

Boquim, 20 de agosto de 2018

Outorgante, José Dinei de Jesus Santos

Cartório do
1º Ofício
Boquim-SE

Assento
da Constituição
Rob. Substituto
Comissário
dos Santos
Ex. Atenção
Av. Zona
Centro
Av. Zona
Centro

Reconheço a(s) firma(s)
José Dinei de Jesus Santos

Poderia ser feita a autenticação
data: 20/08/2018

Em Teste
Em Verade
Assento de com o selo
Assento de com o sello
Assento de com o sello

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Selos TJS: 2018-08-29585-010726
Acesso: www.tjsse.jus.br
P.R. 780.

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
REGISTRO DE IMÓVEIS
COMARCA DE BOQUIM-SE
Josefa Reis de Conceição
Emissor

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0321621/18

Vítima: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

CPF: 056.980.625-95

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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 DENNER 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRE SILVA RESENDE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRE SILVA RESENDE

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/12/2017

Titular do CPF: JOSE DENER DE JESUS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDRE SILVA RESENDE

WILLIANS SANTOS DE FREITAS