

---

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

**Aos Cuidados de:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES  
**Nº Sinistro:** 3180182160  
**Vitima:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES  
**Data do Acidente:** 12/07/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** VAGNER LINO DOS SANTOS

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180182160**.

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](http://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, 09 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

**Nº Sinistro:** 3180182160

**Vitima:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

**Data do Acidente:** 12/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador** VAGNER LINO DOS SANTOS

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180182160**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

**Aos Cuidados de:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

**Nº Sinistro:** 3180182160

**Vitima:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

**Data do Acidente:** 12/07/2017

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador** VAGNER LINO DOS SANTOS

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180182160**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **12/07/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. 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 0800-0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados 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 ASU:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

020.003.818-14

Brasileiro da Silva Marques

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Brasileiro da Silva Marques	CPF titular da conta	020.063.818-14	Profissão	Funcionário
Endereço	Rua Eugénio dos Santos, 99	Número	357	Complemento	esca
Bairro	Centro	Cidade	Timbó	Estado	SC
Email		CEP	49.260-000	Telefone (DDI)	(70) 99800-9541

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		RS 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	BANCO	
BRADESCO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	NAME	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	ITAU (341)		
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
4874	00004459 3		
(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 à 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.

Timbó, 19 de Abril de 2018  
Local e Data

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
FAPPF 001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
20 ABR 2018

Gente Seguradora S/A  
Rua Manoel, 765 Loja 03-Atacajá/SE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE SERGIPE



1

COMARCA DE UMBÁUBA  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Tabelionato e Protesto de Títulos

FERNANDA MARIA SOUZA SERRAVALLE - TABELIÃ

Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta  
UMBÁUBA - SERGIPE

PROCURAÇÃO PÚBLICA  
LIVRO nº 065  
Fls.: 173

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezoito (2018) aos dezenove (19) dias do mês de Abril, nesta cidade de Umbáuba, município do Estado Federado de Sergipe, República Federativa do Brasil, Cartório do 1º Ofício, localizado na Rua Pedro Faustino, nº 81, Centro, Umbáuba/SE, perante mim, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, compareceu como outorgante: **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**, brasileiro, maior, capaz, declarou ser solteiro, lavrador, portador do RG nº 660.080 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 020.063.818-14, residente e domiciliado na Rua Eugênio dos Santos - A, nº 117, Umbáuba/SE. Pelo outorgante foi me dito que, por este instrumento nomeia e constitui seu bastante procurador: **VAGNER LINO DOS SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, casado, autônomo, portador do RG nº 3.293.115-8 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 036.078.485-21, residente e domiciliado na Rua Boquim, nº 214, Umbáuba/SE, a quem confere poderes especiais para representá-lo perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos necessários para o envio do processo, autorização de pagamento, declaração de ausência de laudo do IML, declaração de residência, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as Seguradoras Consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, qualquer ato necessário ao fiel cumprimento deste mandato, o que tudo dará por firme e valioso. (Feito sob Minuta). Assim o disse, do que dou fé. E me pediu este instrumento que lhe lavrei nas minhas notas, o qual sendo feito e lhes sendo lido na presença do outorgante, achou conforme, outorga e assina a tudo presente: "Dispensadas as testemunhas conforme legislação em vigor". Eu, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, digitei, subscrevo e assino. Custas Cartorárias R\$ 54,13. Fiduciária R\$ 10,83. Selo R\$ 0,00. Selo TJSE: 201829569005155. Guia de Pagamento nº 172180001086.

Em testemunho da verdade

TABELIÃ SUBSTITUTA   
ALBIRLENE RODRIGUES MENDES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Roberta Cruz Carvalho

Roberta Cruz Carvalho, RG nº 33074895 SSP/SE,  
assina a rogo de **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**

Gesta Seguradora SIA-  
Rua Manu, 766 Loja 03-Atacajá/SE

Selo Digital de Fiscalização  
Tribunal de Justiça de Sergipe  
1º Ofício da Comarca de Umbáuba -  
19/04/2018 - 12:55:21  
Selo TJSE: 201829569005155  
Acesse: [www.tjse.jus.br/x/N892TM](http://www.tjse.jus.br/x/N892TM)



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS  
Fernanda M<sup>a</sup> Souza Serravalle  
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes  
Tabeliã Substituta

Rua Pedro Faustino, 81 - Centro - Umbáuba-SE  
Fones: (79) 3546-2404 - 9811-9736 - 9124-2130



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 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 ASU:

CPF da Vítima:

Nome completo da vítima:

020.003.818-14

Brasileiro da Silva Marques

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	Brasileiro da Silva Marques	CPF titular da conta	020.063.818-14	Profissão	Funcionário
Endereço	Rua Eugénio dos Santos, 99	Número	357	Complemento	esca
Bairro	Centro	Cidade	Timbó	Estado	SC
Email		CEP	49.260-000	Telefone (DDI)	(70) 99800-9541

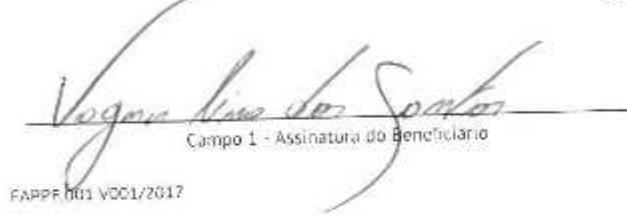
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		RS 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	BANCO	
BRADESCO (237)	BANCO DO BRASIL (001)	NAME	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	ITAU (341)		
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
4874	00004459 3		
(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 à 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.

Timbó, 19 de Abril de 2018  
Local e Data

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário  
FAPPF 001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
20 ABR 2018

Gente Seguradora S/A  
Rua Manoel, 765 Loja 03-Atacajá/SE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE SERGIPE

1



COMARCA DE UMBÁUBA  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Tabelionato e Protesto de Títulos

FERNANDA MARIA SOUZA SERRAVALLE - TABELIÃ

Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta  
UMBÁUBA - SERGIPE

PROCURAÇÃO PÚBLICA  
LIVRO nº 065  
Fls.: 173

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezoito (2018) aos dezenove (19) dias do mês de Abril, nesta cidade de Umbáuba, município do Estado Federado de Sergipe, República Federativa do Brasil, Cartório do 1º Ofício, localizado na Rua Pedro Faustino, nº 81, Centro, Umbáuba/SE, perante mim, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, compareceu como outorgante: **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**, brasileiro, maior, capaz, declarou ser solteiro, lavrador, portador do RG nº 660.080 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 020.063.818-14, residente e domiciliado na Rua Eugênio dos Santos - A, nº 117, Umbáuba/SE. Pelo outorgante foi me dito que, por este instrumento nomeia e constitui seu bastante procurador: **VAGNER LINO DOS SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, casado, autônomo, portador do RG nº 3.293.115-8 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 036.078.485-21, residente e domiciliado na Rua Boquim, nº 214, Umbáuba/SE, a quem confere poderes especiais para representá-lo perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos necessários para o envio do processo, autorização de pagamento, declaração de ausência de laudo do IML, declaração de residência, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as Seguradoras Consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, qualquer ato necessário ao fiel cumprimento deste mandato, o que tudo dará por firme e valioso. (Feito sob Minuta). Assim o disse, do que dou fé. E me pediu este instrumento que lhe lavrei nas minhas notas, o qual sendo feito e lhes sendo lido na presença do outorgante, achou conforme, outorga e assina a tudo presente: "Dispensadas as testemunhas conforme legislação em vigor". Eu, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, digitei, subscrevo e assino. Custas Cartorárias R\$ 54,13. Fidé R\$ 10,83. Selo R\$ 0,00. Selo TJSE: 201829569005155. Guia de Pagamento nº 172180001086.

Em testemunho da verdade

TABELIÃ SUBSTITUTA   
ALBIRLENE RODRIGUES MENDES

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Roberta Cruz Carvalho

Roberta Cruz Carvalho, RG nº 33074895 SSP/SE,  
assina a rogo de **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**

Gesta Seguradora SIA-  
Rua Manu, 766 Loja 03-Acacijal/SE

Selo Digital de Fiscalização  
Tribunal de Justiça de Sergipe  
1º Ofício da Comarca de Umbáuba -  
19/04/2018 - 12:55:21  
Selo TJSE: 201829569005155  
Acesse: [www.tjse.jus.br/x/N892TM](http://www.tjse.jus.br/x/N892TM)



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS  
Fernanda M<sup>a</sup> Souza Serravalle  
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes  
Tabeliã Substituta

Rua Pedro Faustino, 81 - Centro - Umbáuba-SE  
Fones: (79) 3546-2404 - 9811-9736 - 9124-2130





### DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE: (0) 3546-1393

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06600.0-000293

#### DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

Endereço: RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE: (0) 3546-1393

#### FATO

Data e Hora do Fato: 12/07/2017 - 09:00 até 12/07/2017 - 09:00

Endereço: AVENIDA BENJAMIN CONSTANT Número: Complemento: NAS PROXIMIDADES DO CORREIO CEP: 49260-000

Bairro: CENTRO Cidade: UMBAUBA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

Tipo de local: OUTROS Melo Empregado: OUTRO

#### VITIMA-NOTICIANTE

Nome: BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

Nome do pai: Nome da mãe: EROTILDES DA SILVA MARQUES

Pessoa: Física CPF/CGC: 020.063.818-14 RG: 6600808 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ESTANCIA Data de nascimento: 03/03/1944 Sexo: Masculino Cor da cutis: Negra

Profissão: APOSENTADO Estado civil: Convivente Grau de Instrução: Não Alfabetizado

Endereço: RUA EUGENIO DOS SANTOS, RUA A Número: 117 Complemento:

CEP: 49.260-000 Bairro: CENTRO Cidade: UMBAUBA UF: SE

Proximidades: Telefone:

#### HISTÓRICO

Relata o noticiante que estava atravessando a rua, nas proximidades da agência dos correios, nesta cidade, quando foi atropelado por um veículo de cor escura(não lembra a marca nem modelo); Que o noticiante foi arremessado no chão e devido a forte pancada, fraturou o joelho; Que o motorista do veículo parou para ver o que havia acontecido, mas não prestou nenhum tipo de socorro; Que o noticiante não sabe quem era o condutor do carro; Que o noticiante foi socorrido pela ambulância do hospital desta cidade e levado para o HUSE; Sem mais, dá ciência.

Data e hora da comunicação: 16/04/2018 às 09:06

,Última Alteração: 16/04/2018 às 09:06.

OBS.: As informações noticiadas pelo declarante/vítima são de sua inteira responsabilidade, cabendo, inclusive, a responsabilização penal daquele que faltar com a verdade no fornecimento das informações, nos termos do artigo 340 do Código Penal Brasileiro: Art. 340 - Prevocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado. Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

BRASILIENCO DA SILVA MARQUES  
Responsável pela comunicação

Antonio Mauro Barreto Costa Bomfim  
Responsável pelo preenchimento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (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: **Brasiliense da Silveira Jangurus** | CPF da Vítima: **020.063.818-34** | Data do Acidente: **12-07-2017**

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal:

CPF do Representante legal:

E-mail:

Telefone (DDDI):

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 Lider 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.

**Dembáu - 19 de Abril de 2018**  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

04/2018/001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Gente Seguradora SIA  
Rua Manoel Lins, 166 Loja 03-Aracaju/SE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## ESTADO DE SERGIPE



1

COMARCA DE UMBÁUBA  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Tabelionato e Protesto de Títulos

### FERNANDA MARIA SOUZA SERRAVALLE - TABELIÃ

Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta  
UMBÁUBA - SERGIPE

PROCURAÇÃO PÚBLICA  
LIVRO nº 065  
Fls.: 173

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezoito (2018) aos dezenove (19) dias do mês de Abril, nesta cidade de Umbaúba, município do Estado Federado de Sergipe, República Federativa do Brasil, Cartório do 1º Ofício, localizado na Rua Pedro Faustino, nº 81, Centro, Umbaúba/SE, perante mim, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, compareceu como outorgante: **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**, brasileiro, maior, capaz, declarou ser solteiro, lavrador, portador do RG nº 660.080 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 020.063.818-14, residente e domiciliado na Rua Eugênio dos Santos - A, nº 117, Umbaúba/SE. Pelo outorgante foi me dito que, por este instrumento nomeia e constitui seu bastante procurador: **VAGNER LINO DOS SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, casado, autônomo, portador do RG nº 3.293.115-8 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 036.078.485-21, residente e domiciliado na Rua Boquim, nº 214, Umbaúba/SE, a quem confere poderes especiais para representa-lo perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos necessários para o envio do processo, autorização de pagamento, declaração de ausência de laudo do IML, declaração de residência, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as Seguradoras Consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, qualquer ato necessário ao fiel cumprimento deste mandato, o que tudo dará por firme e valioso. (Feito sob Minuta). Assim o disse, do que dou fé. E me pediu este instrumento que lhe lavrei nas minhas notas, o qual sendo feito e lhes sendo lido na presença do outorgante, achou conforme, outorga e assina a tudo presente: "Dispensadas as testemunhas conforme legislação em vigor". Eu, Albirlene Rodrigues Mendes, Tabeliã Substituta, digitei, subscrevo e assino. Custas Cartorárias R\$ 54,13. Ferv R\$ 10,83. Selo R\$ 0,00. Selo TJSE: 201829569005155. Guia de Pagamento nº 172189001086.

Em testemunho Roberta Cruz Carvalho da verdade

TABELIÃ SUBSTITUTA  
ALBIRLENE RODRIGUES MENDES



*Roberta Cruz Carvalho*

Roberta Cruz Carvalho, RG nº 33074895 SSP/SE,  
assina a rogo de **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**

Gente Seguradora SIA,  
Rua 100, nº 766, Loja 03 - Aracaju/SE



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS

Fernanda M. Souza Serravalle  
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes  
Tabeliã Substituta

Rua Pedro Faustino, 81 - Centro - Umbaúba-SE  
Fones: (79) 3546-2404 - 9811-9736 - 9124-2139

2757200

LAUDO ENVIADO  
APS Internamento  
20/07/2017  
Setor de Enfermagem HU/SE-SFPSA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1561810

DATA: 12/07/2017 HORA: 11:43 USUARIO: CMSLEITE

CNS:

SETOR: 05-ORTOPEDIA

*FASE LANCADA*

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : BRASILIENCO DA SILVA MARQUES

DOC...: 660080

IDADE....: 73 ANOS NASC: 03/03/1944

SEXO...: MASCUL

ENDERECO....: RUA EUGENIO DOS SANTOS

NUMERO:

COMPLEMENTO....: 705306482214290 BAIRRO:

UF: SE CEP...:  
/EROTILDES DA SILVA MARQUE

MUNICIPIO....: UMBAUBA

TEL...: 9849.0

NOME PAI/MAE...:

RESPONSAVEL....: VIZINHA-ESTELA

PROCEDENCIA....: UMBAUBA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

TRAUMA: SIM

CASO POLICIAL.: NAO

PLANO DE SAUDE....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO

VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Refer Ter nisq. triglobes p/tons, q  
andore d bucal, c/traume - fe*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *case 0*

DIAGNOSTICO: *fraturas os tuberosos*

PRESCRICAO

*ned furosemide 400mg*

*ned case 0 400mg*

*ned jdm 02f*

*ned furo 02f*

*Ronaldo França Fontes*



HORARIO DA MEDICA

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. P



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 IMPORTANTES:**

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Vagner Almeida Sontes inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.078.485/21 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Brasiliense da Silva Marques inscrito (a) no CPF sob o N° 020.063.818/14 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Brasiliense da Silva Marques, inscrito (a) no CPF sob o N° 020.063.818/19 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Boquim</u>	Número <u>214</u>	Complemento <u>loca</u>
Bairro <u>Centro</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49 260-000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial (DDD) <u>60</u>	Telefone celular (DDD) <u>(79) 99828-4086</u>

Cidade  
Timbaúba

Telefone comercial (DDD)

Local e Data

Timbaúba, 19 de Abril de 2018

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
Gesta Seguradora S/A,  
Rua Manoel, 766 Loja 03-Aracaju/SE

LAUDO ENVIADO  
 PS  Internamento  
 20/07/2017  
 Setor de Faturamento HU/SE-SFPSA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

No. DO BE: 1561810  
 CNS:

DATA: 12/07/2017 HORA: 11:43 USUARIO: CMSLEITE  
 SETOR: 05-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE  
 NOME: BRASILIENCO DA SILVA MARQUES  
 IDADE: 73 ANOS NASC: 03/03/1944  
 ENDERECO: RUA EUGENIO DOS SANTOS  
 COMPLEMENTO: 705306482214290 BAIRRO:  
 MUNICIPIO: UMBAUBA  
 NOME PAI/MAE:  
 RESPONSAVEL: VIZINHA-ESTELA  
 PROCEDENCIA: UMBAUBA  
 ATENDIMENTO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO  
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO  
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM  
 UF: SE CEP: 660080  
 /EROTILDES DA SILVA MARQUES  
 TEL: 9849-0361

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Refer Terido dengue p/conv. qd  
 andore d suor, d dor no abdome - febre*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *1 c/ce ①*

DIAGNOSTICO: *Sintomas de dengue*

CID:

PRESCRICAO

*Med furosemida 60 mg*

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS  
 DE SAÚDE DA MEDICAO  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

*Med ceto ① 100 mg*

20 ABR 2018

*Med jdm ① 210*

*Gente Seguradora SIA,  
 Rua Marum, 766 Loja 03 Aracaju SE*

*Med gume ① 210*

*Franca Fontes  
 Médico  
 CRM-1969*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO

[ ] DESISTENCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS

[ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PA

20 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.  
Rua Marulim, 786 Loja 03-Aracaju/SE

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML 03105130120	UND
ÁLCOOL 70%	ML	100	SONDA DE ALIVIO N°	UND
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA N°	UND
ATAD. CREPOM	UND	02	SONDA NELATON N°	UND
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY N°	UND
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO N°	UND
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS	UND
CAPA P/ MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO N°	UND
CATETER FORGATY N°	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL N°	UND
CATETER. DE OXIGENIO N°	UND		FILTRO DE BARREIRA	UND
CERA P/ OSSO	UND		FIOS	
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX N°	UND
CLOREXIDINA	ML		ALGODÃO C/AG N°	UND
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG N°	UND
COMPRESSAS GR	UND	15	CAT GUT CROMADO S/AG N°	UND
COMPRESSAS PQ	UND		CAT GUT SIMPLES C/AG N°	UND
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG N°	UND
DRENO DE KHER N°	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG N°	UND
DRENO DE PENROSE N°	UND		FITA CARDÍACA N°	UND
DRENO DE SUCÇÃO N°	UND		MONONYLON N° 0 111111	UND
DRENO DE TORAX N°	UND		MONONYLON N°	UND 07
ELETRODOS	UND	05	PROLENE N°	UND
EQUIPO	UND		VICRYL N°	UND
EQUIPO DE SANGUE	UND		EQUIPAMENTOS	USO
ESCALPE N°	UND		BISTURI ELETRICO	USO
ESCOVA DESCART.	UND	05	CAPINÓGRAFO	USO
ESPARADRAPO	CM	30	CARRO DE ANESTESIA	USO
ESTENSOR	UND		DESFIBRILADOR	USO
ÉTER	ML		FURADEIRA	USO
FORMOL 10%	ML		FOCO CIRÚRGICO	USO
GASE ALGODOADA	UND		INTENSIFICADOR (2)	RX ( USO
GASE SIMPLES	UND	50	MONITOR CARDÍACO	USO
GASE VASELINADA	UND		MICROSCÓPIO	USO
GELCO N°	UND		NEGATOSCÓPIO	USO
GEOFOAN	UND		OXIMETRO DE PULSO	USO
INTRA-CATH N°	UND		GASOTERAPIA	
LÂMINA DE BISTURI N°	UND	02	AR COMPRIMIDO	USO
LATÉX	UND	01	NITROGÊNIO	USO
LUVAS ESTER N° 7,5	UND	06	OXIGÊNIO	USO
LUVAS PROCED	UND	08	21100 -	
MICROPORE	CM			

20 ABR 2018

Gesta Seguradora S/A.  
Rua Marulim, 766 Loja 03-Aracaju/SE

**SESC/SE**  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HSE - HOSPITAL DE LEZENHA DE SÉCERIPE  
GOV. JOÃO ALVES FILHO



RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS  
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Brasiliense dos Sines Marques RG 156191 DATA: 28/4  
CIRURGÃO: Dr. Paulo Soárez / Souza / Lula) leucome  
CIRURGIA: Fixação Interna MJO

ANESTESIOLOGISTA:	ANESTESIA:	CIRCULANTE:
<u>Rafael</u>	<u>Rogel</u>	<u>Andrea Bon</u>
ANTAK	AMP	POMADA SULFA
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL
AMINOFILINA	AMP	REVIVAN
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL
DECADRON	AMP	PROPENID
DIPIRONA	AMP	<u>Refogel Ag</u>
DIAZEPAN	AMP	FR
DIMORF	AMP	ANESTÉSICOS
DOLANTINA	AMP	ESMERON
DORMONID	AMP	ETOMIDATO
EFORTIL	AMP	FENTANIL
EDRINA	AMP	ISOFLURANO
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL
FLAGYL	UND	PAVULON
GARAMICINA	AMP	QUELICIN
GLICOSE	AMP	KETALAR
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V



GOVERNO DE SERGIPE  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Gema Seguradora SIA,  
Rua Maracanã, 768, Loja 03 - Aracaju/SE

baudo on  
02.08.17

Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

**HOSPITAL DE URGENCIA DE SERGIPE**  
**FICHA DE ATO CIRÚRGICO**

PACIENTE: Fredson da Silva Marques  
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fredson da Silva

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção do tumor da pleura

CIRURGIÃO: Dr. Anderson Lobo - Dr. Anderson Lobo

AUXILIARES: Assistente Lobo - Enfermeira Lely

ANESTESIA: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS- OPERATÓRIO:

CIRURGIA LIMPA  CIR. POTENCIALMENTE CONTAMINADA  
 CIRURGIA CONTAMINADA  CIR. INFECTADA

INFECÇÃO PRESENTE À ADMISSÃO?  SIM  NÃO

TOPOLOGIA DA INFECÇÃO:

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

**DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO**

1. Ressecção do tumor da pleura
2. Ressecção da pleura
3. Ressecção da pleura
4. Ressecção do tumor da pleura
5. Ressecção da pleura
6. Ressecção da pleura
7. Ressecção da pleura

DATA: 28/07/17

Dr. Paul  
Ortoner

Dr. C. Salotti



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS								
SNG Nº:	SNE Nº:	FOGARTY Nº:	TRAQUEOSTOMO Nº:	SEGUEDEL Nº:	Papel Segurado S/A Rua Manoel Teixeira 03-Arcos RJ			
DRENOS	SUCCÃO Nº:		TÓRAX Nº:	PENROSE Nº:				
	ABDOMINAL Nº:		PIZZER Nº:	KHER Nº:				
	BLAKE Nº:		OUTROS					
PASSAGEM DA SONDA FOLLEY			SEM RESTRIÇÃO	COM RESTRIÇÃO	VIAS		Nº:	
FOLLEY Nº:	FOLLEY SILICONE	Nº		SONDA NELATON (URETRAL)			Nº:	
PASSADA POR				ANÁTOMO PATOLÓGICO			Nº PEÇAS	
SINAIS VITais								
FC (BPM)	99							
SpO2 (%)	98%							
EPCO2 (mmHg)	—							
PA (mmHg)	107 x 71							
PAI (mmHg)	—							
FR (RPM)	—							
TEMP (°C)	—							

### ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	REGISTRO	ASSINATURA
13:45	Man. nre 501 pt suométis - de 100- esuado nos cava de 0000 pr Paul Salles - realizada manutenção e realizado procedimento de exaudo procedimento x inexist envelope no procedimento	Paulo Silva Silva
15:00	Termino do procedimento	Paulo Silva Silva
15:10	cre p'SRPB	Paulo Silva Silva

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
Geral Seguradora SIA.  
Av. Presidente Dutra, 786 Loja 03 Aracaju/SE

## Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		Brasiliense do Silveira Marques		PRONTUÁRIO	35639
RECEBIDO NA S.O. POR		ao Paulo		DATA	28/07/17
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO	SALA 03
CIRCULANTE		Bárbara e Andrius		PROCEDÊNCIA	
ENTRADA S.O.		13:45 h	INÍCIO DA ANESTESIA	h	INÍCIO DA CIRURGIA
SAÍDA DA S.O.		15:10 h	FIM DA ANESTESIA	h	FIM DA CIRURGIA
CIRURGÃO		Dr. Laerte		1º AUXILIAR	Saulo
ANESTESISTA		Rafael		2º AUXILIAR	11
INSTRUMENTADOR		Luciana		LATERALIDADE	( ) DIREITA ( ) ESQUERDA X NA
CIRURGIA PROPOSTA		Fixação de osteosíntese M7 P		--	
CIRURGIA REALIZADA		--		--	

### TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL
TUBO ENDOTRAQUEAL ( ) ORAL ( ) NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGE

### ASSEPSIA

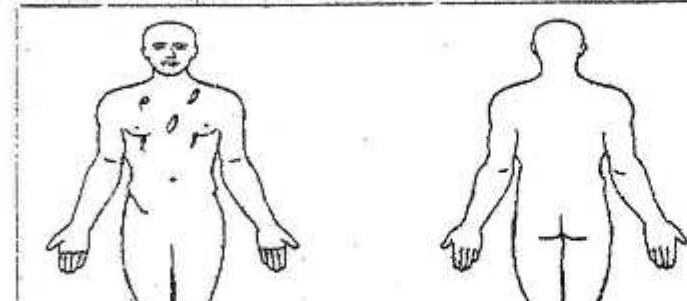
PVPI TÓPICO	PVPI ALCOÓLICO	PVPI DERGEMANTE	CLOREXID. ALCOÓLICA	CLOREXID. DEGERMANTE	CLOREXID. AQUOSA
-------------	----------------	-----------------	---------------------	----------------------	------------------

### EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPICO
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)	OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

### COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

CABEÇA	MSD	MSE	MIE	MID	BIPOLAR	MONOPOLAR
--------	-----	-----	-----	-----	---------	-----------



PLACA BISTURI		COMPRESSAS GRÂNDES	
O		ENTREGUE 15	
LOCAL	DEVOLVIDO		
•	ELETRODOS		
+	INCISÃO CIRÚRGICA		
2	AVP	21D	E
	AVG	D	E
			ENTREGUE 15
			DEVOLVIDO
			PEQUENAS

20 ABR 2018

20 ABR 2018  
RUA MARQUES DE SANTOS, 1000 - CENTRO  
SERGIPE - CEP 49000-000  
FONE: (79) 3022-1000

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

23

Nome do Paciente:

Bráulio J. L. Mendes

Idade:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA / HORA:

28/07/17

# Paciente Operado a

H.D. Fratura de patela(s)

(a) - Traj. Gravida fratura da patela(s)

(g) - Lhr paciente e fer. novo

(d) - Fim

Dr. Paulo M. de C. Salomão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 4.451 - TEOT 42.509

28/07/17 ENT.

Pcte no leito, CO<sub>2</sub>, Espuma, sputum.  
Em POI. Férias de h.p. Aguarda alta

29/07/17 - Paciente calmo, Cooperativo, LO<sub>2</sub>, S<sub>PO2</sub>, estavam, acent., clínico, despejo permitido, em sint. crônica no período.

Msc. Esp. Jesus M. Nicola  
Enfermeiro  
CORENSE 104.653

30/07/17 Pela enfermeira:

Paciente no leito, idoso, consciente, orientado, espumoso, e de AVP em MSD, curativo em MID diurno + e dejeções +. A teve hiperglicemia; referiu dor e intônia.

31/07/17 Pela enfermeira:  
Paciente no leito, sed, lo, int, espuma

20 ABR 2018



Fundação  
Hospitalar  
de Saúde

EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

A 5.2

Nome do Paciente: Brasílio Henrique Silva Marques Página: 1  
Unidade de Produção: A Idade: 73a Sexo: M  
Leito: 5.2 Nº do Prontuário: 156191

- DATA HORA HISTÓRICO
- 23/07/17 - Administ. - Procedimento de V.I. -  
Note, ss/vr estavas, dnts liberais,  
dejeções presentes, sem incontinencia.
- Msc. Esp. Jesus M. Nicola  
Enfermeiro  
COREN-SE 104.655
- 24/07/17 Pela enfermeira:  
Paciente idoso, BEG no leito, consciente orientado, eupneico  
verbalizando em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+) dejeções (+) Sem queixas.
- Maria M. Bertozzi  
Enfermeira  
COREN-SE 236.170
- 25/07/17 Pela Enfermeira  
Paciente no leito, consciente, evoluiu, responde às PAF e  
SACs Verbaliza, supõe-se ação miótica, anestésica, atropílica.  
Note bact. perineais, red. gás CO<sub>2</sub>, em uso de AVP em MSE e  
MID e AVP/MSE, segue em observação pela equipe de enfermagem.
- Dr. Reimundo Costa  
Enfermeiro  
COREN-SE 236.170
- 26/07/17 - Paciente calmo, consciente, te-  
ss/vr estavas, acent. dnts, deje-  
ções presentes, sem incontinencia  
perineais.
- Msc. Esp. Jesus M. Nicola  
Enfermeiro  
COREN-SE 104.655
- 27/07/17 Pela enfermeira:  
Paciente no leito idoso, BEG, consciente orientado, eupneico  
em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+) e de-  
jeções (+). Sem queixas
- Maria M. Bertozzi  
Enfermeira  
COREN-SE 236.170

HOSPITAL GOVERNADOR JOAC ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO  
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Identificação do Paciente  
 Número do Paciente: 156191  
 Número do CNS: 0000000000000000  
 Nome: BRASILIENICO DA SILVA MARQUES  
 Documento: 660080 Tipo: SAC  
 Data de Nascimento: 3/03/1944 Idade: 73 anos  
 Gênero: MASCULINO  
 Responsável:  
 Nome da Mae: EROTILDES DA SILVA MARQUES  
 Endereço: RUA EUGENIO DOS SANTOS (705306482214290)  
 Bairro:  
 Telefone: 9849.0361 Cep.: 00000-000  
 Número do Paciente: 2807600 - - SE  
 Nacionalidade: BRASILEIRO  
 Naturalidade: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada.: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1561810  
linica.....: 900 - ALA/A  
rito.....: 999.0002  
Data da Internacao: 12/07/2017  
Hora da Internacao: 21:43  
Medico Solicitante: 388.866.345-87 - ORLANDO FERREIRA ALVES  
Acced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: TESANTOS

## INFORMACOES DE SAIDA

Br.s. Realizado:  
da Br Saída:  
- especialidade:  
- tipo de Saída:  
- IF Principal:  
- IS Secundario:  
- Encipal:  
- Secundario:  
-etro:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

bande enviado 02.08.33

J.C. 28.04.37.

REALIZADO EM 25/7/17  
AS \_\_\_\_\_ HORAS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Neg. Definitivo...: 156191  
Número do CNS....: 00000000000000  
Nome.....: BRASILIENCIO DA SILVA MARQUES  
Documento.....: 660080  
Data de Nascimento: 3/03/1944  
Sexo.....: MASCULINO  
Responsável.....:  
Nome da Mae.....: EROTILDES DA SILVA MARQUES  
Endereco.....: RUA EUGENIO DOS SANTOS 705306482214290  
Bairro.....:  
Telefone.....: 9849.0361  
Município.....: 2807600 - - SE  
Nacionalidade....: BRASILEIRO  
Naturalidade.....: SERGIPE

LAUDO ENVIADO  
PS Internamento  
20/07/2017  
Setor de Faturamento HUSE-SFPSA

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1561810  
Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II  
Leito.....: 999.0001  
Data da Internacao: 12/07/2017  
Hora da Internacao: 21:43  
Medico Solicitante: 388.866.345-87 - ORLANDO FERREIRA ALVES  
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO  
Diagnostico.....: NAO INFORMADO  
Identif. Operador.: TESANTOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Gesta Seguradora SIA,  
Rua Marulim, 766 Loja 03-Aracaju/SE

INFORMACOES DE SAIDA

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

laudo enviado 02.08.17

g.c. 28.02.17

343-6

A, 8-1  
M. 2017 A 01/08  
g. 1-1



Paciente: Dra. Lívia da Cunha Jaque

Médico: Fisioterapeuta: Jessica Costa

O paciente exame clínico, com queixas de dor de pós-operatório de joelho, envolvendo flexão.

Na avaliação funcional, o paciente sente dor de dor de joelho, encontrando-se com diminuição de força, edema e diminuição da amplitude de movimento.

O mesmo tem este tipo de dor devido ao desuso da articulação.

Umbaru, 16 de Abril de 2018

Jessica Costa de O. Feltoso  
Fisioterapeuta  
CREFITO 7/201017

Rua Benjamin Constant, s/n - Umbaru/SE CEP 49-260-000 - Fone (79) 3546-1058



## RELATÓRIO MÉDICO

**NOME DO PACIENTE:** Bresiliano de Souza  
**DATA DA ENTRADA:** 12/07/2017  
**DATA DA SAÍDA:** 02/08/2017

**INTERNAMENTO:** PS ( ) ENFERMARIA ( ) UTI ( )

#### **HISTÓRICO CLÍNICO:**

## HISTÓRICO CIRÚRGICO:

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
NÃO VERIFICADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018

#### **EXAMES COMPLEMENTARES:**

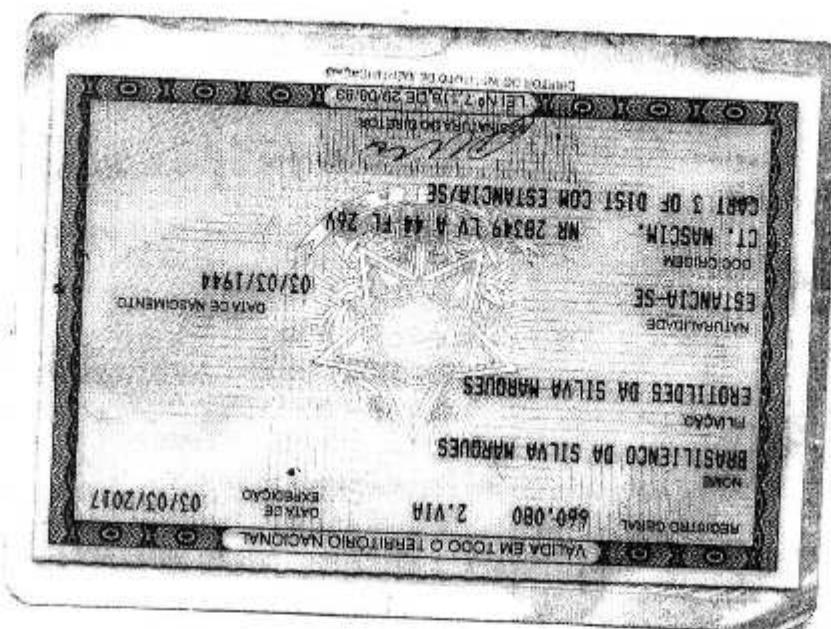
EXAMENS COMPLEMENTAIRES:  
Rx coct/ coxe D / fesses D / périn D,  
ECG  
Eccladogramme  
Laboratoire : bilan

## MÉDICOS ASSISTENTES:

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

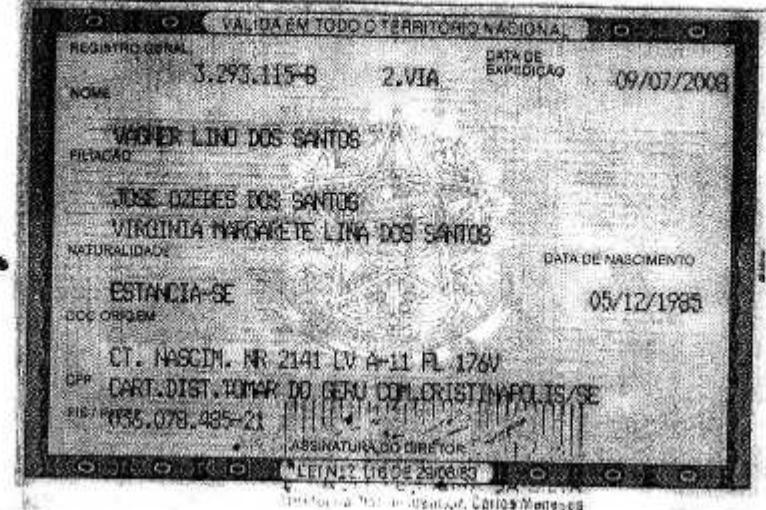
ARACAJU, 21 de maio de 1918

the Lewis P. Beck



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 ABR 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Rua Manum, 766 Loja 03-Aracaju/SE





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180182160      **Cidade:** Umbaúba      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRASILIENCO DA SILVA MARQUES      **Data do acidente:** 12/07/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 08/05/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PATELA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

**Nome do médico:** MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

**CRM do médico:** 52.45228-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## ESTADO DE SERGIPE



COMARCA DE UMBAÚBA  
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO  
Tabelionato e Protesto de Títulos

### FERNANDA MARIA SOUZA SERRAVALLE - TABELIÃ

Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta  
UMBAÚBA - SERGIPE

PROCURAÇÃO PÚBLICA  
LIVRO nº 065  
Fls.: 173

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração bastante virem, que no ano de dois mil e dezoito (2018) aos dezenove (19) dias do mês de Abril, nesta cidade de Umbaúba, município do Estado Federado de Sergipe, República Federativa do Brasil, Cartório do 1º Ofício, localizado na Rua Pedro Faustino, nº 81, Centro, Umbaúba/SE, perante mim, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, compareceu como outorgante: **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**, brasileiro, maior, capaz, declarou ser solteiro, lavrador, portador do RG nº 660.080 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 020.063.818-14, residente e domiciliado na Rua Eugênio dos Santos - A, nº 117, Umbaúba/SE. Pelo outorgante foi me dito que, por este instrumento nomeia e constitui seu bastante procurador: **VAGNER LINO DOS SANTOS**, brasileiro, maior, capaz, casado, autônomo, portador do RG nº 3.293.115-8 SSP/SE e inscrito no CPF/MF sob nº 036.078.485-21, residente e domiciliado na Rua Boquim, nº 214, Umbaúba/SE, a quem confere poderes especiais para representá-lo perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos necessários para o envio do processo, autorização de pagamento, declaração de ausência de laudo do IML, declaração de residência, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as Seguradoras Consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, qualquer ato necessário ao fiel cumprimento deste mandato, o que tudo dará por firme e valioso.. (Feito sob Minuta). Assim o disse, do que dou fé. E me pediu este instrumento que lhe lavrei nas minhas notas, o qual sendo feito e lhes sendo lido na presença do outorgante, achou conforme, outorga e assina a tudo presente: "Dispensadas as testemunhas conforme legislação em vigor". Eu, Albirlene Rodrigues Mendes - Tabeliã Substituta, digitei, subscrevo e assino. Custas Cartorárias R\$ 54,13. Fcad R\$ 10,83. Selo R\$ 0,00. Selo TJSE: 201829569005155. Guia de Pagamento nº 172180001086.

Em testemunho da verdade

TABELIÃ SUBSTITUTA  
ALBIRLENE RODRIGUES MENDES



Roberta Cruz Carvalho

Roberta Cruz Carvalho, RG nº 33074895 SSP/SE,  
assina a rogo de **BRASILIENCO DA SILVA MARQUES**

23/03/2018

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gesta Seguradora S/A.  
Rua Narim, 766 Loja 03- Aracaju-SE

Selo Digital de Fiscalização Tribunal de Justiça de Sergipe	
1º Ofício da Comarca de Umbaúba - 19/04/2018 - 12:55:21	
Selo TJSE: 201829569005155 Acesse: <a href="http://www.tjse.jus.br/x/N892TM">www.tjse.jus.br/x/N892TM</a>	

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS  
Fernanda M<sup>a</sup> Souza Serravalle  
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes  
Tabeliã Substituta

Rua Pedro Faustino, 81 - Centro - Umbaúba-SE  
Fones: (79) 3546-2404 - 9811-9736 - 9124-2130