

Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2018

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

Nº Sinistro: **3180182160**

Vítima: **BRASILINCO 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** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12693580



Rio de Janeiro, 09 de Maio de 2018

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

Nº Sinistro: **3180182160**

Vitima: **BRASILINCO 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**, 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: **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

Nº Sinistro: **3180182160**

Vitima: **BRASILINCO 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**, 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 ASL:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

020.063.818-14

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 Pessoal
Endereço Rua Eugênio dos Santos, Rua A		Número 117	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Imbuizinha	Estado SE	CEP 49.260-000
Email		Telefone (DDD) (79) 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	<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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRD 4874	DV	CONTA NRD 00004459	DV 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
Banco		AGÊNCIA	
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

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

Imbuizinha 19 de Abril de 2018

Local e Data



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: **BRASILINCO 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. Ferd 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 rgo de **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**



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: www.tjse.jus.br/x/N892TM



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
Fernanda Mª Souza Serravalle
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes
Tabeliã Substituta

Rua Pedro Faustino, 81 - Centro - Umbaúba-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 AS:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

020.063.818-14

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 Pessoal
Endereço Rua Eugênio dos Santos, Rua A		Número 117	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Imbuizinha	Estado SE	CEP 49.260-000
Email		Telefone (DDD) (79) 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	<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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRD 4874	DV	CONTA NRD 00004459	DV 3
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
Banco		AGÊNCIA	
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

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

Imbuizinha 19 de Abril de 2018

Local e Data



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: **BRASILINCO 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. Ferd 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 rgo de **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

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: www.tjse.jus.br/x/N892TM



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
Fernanda Mª Souza Serravalle
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes
Tabeliã Substituta

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







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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE UMBAÚBA

RODOVIA BR 101 CEP 49260000, CENTRO FONE: () 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: () 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 Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-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 cútis: 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 - Provocar 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
BRASILIENCO DA SILVA MARQUES
Responsável pela comunicação

Antonio Manoel Barreto Costa Bomfim
Antonio Manoel 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

CPF da Vítima

Data do Acidente

Brasilieneo da Silva Marques

020.063.818-14

12-07-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:


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

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

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

Rembairá 19 de Abril de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

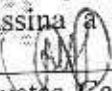
1

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: **BRASILINCO 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 pericia 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. Ferd 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 **BRASILINCO DA SILVA MARQUES**

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.
Rua ... 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
Acesso: www.tjse.jus.br/x/N892TM



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
Fernanda Mª Souza Serravalle
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes
Tabeliã Substituta

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

LAUDO ENVIADO

PS ☐ Internamento

20/07/2017

Setor de Faturamento HUSE-SFPPSA

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.....: UмбаUBA
 NOME PAI/MAE...:
 RESPONSÁVEL....: VIZINHA-ESTELA
 PROCEDENCIA....: UмбаUBA
 ATENDIMENTO....: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 660080
 SEXO...: MASCUL
 NUMERO:

FAE LANÇADA

UF: SE CEP....:
 /EROTILDES DA SILVA MARQUE
 TEL....: 9849.0

TRAUMA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: /

*Referir Ter sido atingido p/ carro, q
 andou de bicicleta, e trauma. Jm*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM: *Case*DIAGNOSTICO: *Sintomas de acidente*

PRESCRICAO

*Red farmacologia de base
 Red curar @ Maf
 Red jllb @ 2f
 Red jllb @ 2f*



*Edio Franca Fortes
 Medico
 CRM-1980*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA:

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

[] DESISTENCIA

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

ORITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. P



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

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

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

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

Pelo exposto, eu Vagner Lima dos Santos inscrito (a) no CPF/CNPJ 036.078.485 / 21 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Brasileiro da Silva Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.063.818 / 14 do sinistro de DPVAT cobertura In Validez da Vitima Brasileiro da Silva Marques inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.063.818 / 14, 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 Boguin</u>	<u>214</u>	<u>Loja</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Go</u>	<u>49.260-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		<u>(79)99828-4086</u>

Umbaúba, 19 de abril de 2018
Local e Data

Vagner Lima dos Santos
Assinatura do Declarante



LAUDO ENVIADO

PS ☐ Internamento

20/03/2017

Setor de Faturamento HUSE-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
 ENDEREÇO.....: RUA EUGENIO DOS SANTOS
 COMPLEMENTO...: 705306482214290 BAIRRO:
 MUNICIPIO.....: UBAUBA
 NOME PAI/MAE...:
 RESPONSÁVEL...: VIZINHA-ESTELA
 PROCEDENCIA...: UBAUBA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 660080
 SEXO...: MASCULIN
 NUMERO:
 UF: SE CEP....:
 /EROTILDES DA SILVA MARQUES
 TEL....: 9849.036

FAS LANÇADA

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

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

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

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: / /

*Referir ter sido atingido p/ carro, qd
 andou e tido, e trauma. Jelle*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

1 caso

DIAGNOSTICO:

Sintomas de síndrome

CID:

PRESCRIÇÃO

*Red prescrição de leucine
 Red cura D. M. M.
 Red jelle D. J.
 Red jelle D. J.*



*Fábio França Fontes
 Médico
 CRM-1960*

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

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, 766 Loja 03-Aracaju/SE

ÁGUA OXIGENADA	ML		SERINGAS ML	03/09/30/20	UND
ÁLCOOL 70%	ML	100	SONDA DE ALIVIO Nº		UND
ALGODÃO ORTOPÉDICO	UND		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		UND
ATAD. CREPOM	UND	02	SONDA NELATON Nº		UND
ATAD. GESSADA	UND		SONDA DE FOLLEY Nº		UND
BARRA DE ERICK	UND		TRAQUEÓSTOMO Nº		UND
BOLSA DE COLOSTOMIA	UND		TORNEIRINHA 3 VIAS		UND
CAPA PI MICROSCÓPIO	UND		TUBO ARAMADO Nº		UND
CATETER FORGATY Nº	UND		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		UND
CATETER. DE OXIGENIO Nº	UND		FILTRO DE BARREIRA		UND
CERA PI OSSO	UND		FIOS		
CIMENTO ORTOPÉDICO	UND		ACIFLEX Nº		UND
CLOREXIDINA	ML		ALGODÃO C/AG Nº		UND
COLETOR DE URINA	UND		ALGODÃO S/AG Nº		UND
COMPRESSAS GR	UND	15	CAT GUT CROMADO S/AG Nº		UND
COMPRESSAS PQ	UND		CAT GUT SIMPLES C/AG Nº		UND
COTONETE	UND		CAT. GUT CROMADO C/AG Nº		UND
DRENO DE KHER Nº	UND		CAT. GUT SIMPLES S/AG Nº		UND
DRENO DE PENROSE Nº	UND		FITA CARDÍACA Nº		UND
DRENO DE SUÇÃO Nº	UND		MONONYLON Nº	0 1111111	UND 07
DRENO DE TORAX Nº	UND		MONONYLON Nº		UND
ELETRODOS	UND	05	PROLENE Nº		UND
EQUIPO	UND		VICRYL Nº		UND
EQUIPO DE SANGUE	UND				
ESCALPE Nº	UND		EQUIPAMENTOS		USO
ESCOVA DESCART.	UND	05	BISTURI ELETRICO		USO 2
ESPARADRAPO	CM	30	CAPINÓGRAFO		USO
ESTENSOR	UND		CARRO DE ANESTESIA		USO
ÉTER	ML		DESFRIJLADOR		USO
FORMOL 10%	ML		FURADEIRA		USO
GASE ALGODOADA	UND		FOCO CIRÚRGICO		USO 2
GASE SIMPLES	UND	50	INTENSIFICADOR (2)	RX (USO 2
GASE VASELINADA	UND		MONITOR CARDÍACO		USO 2
GELCO Nº	UND		MICROSCÓPIO		USO
GEOFOAN	UND		NEGATOSCÓPIO		USO
INTRA-CATH Nº	UND		OXIMETRO DE PULSO		USO 2
LÂMINA DE BISTURI Nº	UND	02			
LATÉX	UND	01	GASOTERAPIA		
LUVAS ESTER Nº	UND	06	AR COMPRIMIDO		USO
LUVAS PROCED	UND	08	NITROGÊNIO		USO
MICROPORE	CM		OXIGÊNIO		

20 ABR 2018

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

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HUS - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
GOV. JOÃO ALVES FILHO

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
CONSUMO DO HJAF/HUSE

PACIENTE: Brasiliencio da Silva Marques RG 156191 DATA: 28/4
CIRURGIÃO: Dr. Paulo Salati / (Sociedade) / (Sociedade)
CIRURGIA: Fixação Interna M.D.

ANESTESIOLOGISTA:

Rafael

ANESTESIA:

Rafael

CIRCULANTE:

Andréa / Bon

ANTAK	AMP	POMADA SULFA	TB
ADRENALINA	AMP	POMADA COLAGENASE	TB
ATROPINA	AMP	POMADA OFTÁLMICA	TB
ÁGUA DESTILADA	AMP	PLASIL	AMP
AINOFILINA	AMP	REVIVAN	AMP
BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	ROCEFIM	FR
CLORETO DE POTÁSSIO	AMP	SORO RINGER LACTATO	UND
CLORETO DE SÓDIO	AMP	SORO FISIOLÓGICO	UND
COLÍRIO	GTS	SORO GLICOFISIOLÓGICO	UND
CEDILANIDE	AMP	SORO GLICOSADO	UND
CLINDAMICINA	AMP	TRASAMIN	AMP
CIPROFLOXACINO	UND	TRAMAL	AMP
DECADRON	AMP	PROFENID	AMP
DIPIRONA	AMP	<u>Yafogel 48</u>	FR
DIAZEPAN	AMP		
DIMORF	AMP	ANESTESICOS	
DOLANTINA	AMP	ESMERON	FR
DORMONID	AMP	ETOMIDATO	AMP
EFORTIL	AMP	FENTANIL	FR
EDRINA	AMP	ISOFLURANO	ML
FERNEGAN	AMP	PROPOFOL	AMP
FLAGYL	UND	PAVULON	AMP
GARAMICINA	AMP	QUELICIN	FR
GLICOSE	AMP	KETALAR	FR
GLUCONATO DE CÁLCIO	AMP	TRACRIUM	AMP
HEPARINA	UND	MARCAÍNA 0,5% C/V	FR
HIDROCORTIZONA	FR	MARCAÍNA 0,5% S/V	FR
HIPOGLÓS	TB	NEOCAÍNA PESADA	FR
HISOCEL	UND	XILOCAÍNA 1% S/V	FR
KEFLIN	FR	XILOCAÍNA 1% C/V	FR
LASIX	AMP	XILOCAÍNA 2% S/V	FR
MANITOL 20%	UND	XILOCAÍNA 2% C/V	

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE
FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Brasão da Liberdade*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Furúnculo de pele*
CIRURGIA REALIZADA: *Remoção cirúrgica do furúnculo de pele*
CIRURGIÃO: *Dr. Paulo Roberto de Almeida*
AUXILIARES: *R. V. M.*
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

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

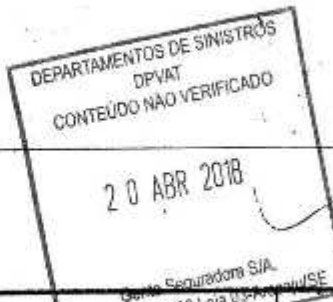
1. *1) Anestesia + antisséptico + corte*
2. *2) Abertura do furúnculo*
3. *3) Remoção do conteúdo*
4. *4) Reparo cirúrgico da pele*
5. *5) Anestesia*
6. *6) Sutura*
7. *7) Curativo*



DATA

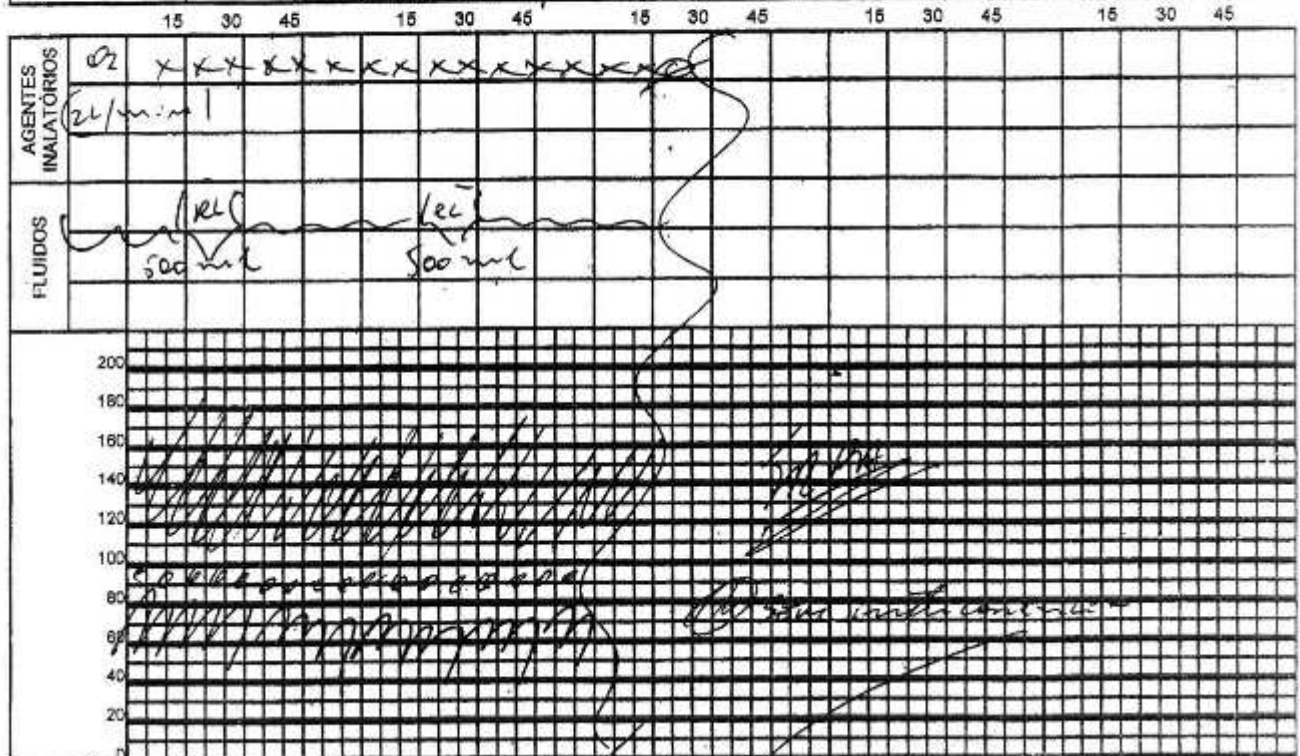
28/07/17

Dr. Paulo
Ortoneri

J. C. Salotti



HUSE		BOLETIM DE ANESTESIA		 	
PACIENTE: <u>Brasilêncio Silva Marques</u>				REGISTRO:	
UNIDADE: <u>C.C.</u>		MÉDICO: <u>Seu net 73 anos</u>		LEITO:	
CIRURGIA PROGRAMADA <u>T.C. Fratura de patela direita</u>		CIRURGIA REALIZADA <u>T.C. de fratura de patela (D)</u>		DATA <u>28/07/17</u>	
ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Rafael</u>		TÉCNICA ANESTÉSICA		MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	
CIRURGIÃO <u>Dr. Paulo</u>		AUXILIAR <u>Dr. Saulo</u>		ASA <u>P3</u>	
HORA DE INÍCIO <u>14:10h</u>	HORA DE TÉRMINO <u>15:00h</u>	ACESSO VENOSO <u>Venóclise priv. e uso</u>		POSICÃO <u>DDM</u>	



CEC	<u>8021 = 96-98-98-100-100-98</u>				
OUTROS					
MONITORIZAÇÃO					
MONITORIZAÇÃO	PA NÃO INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	PVC	<input checked="" type="checkbox"/>	Estável / Clínicos
	PA INVASIVA	<input checked="" type="checkbox"/>	TEMPERATURA	<input checked="" type="checkbox"/>	Auidado / sem qm res
	ELETCARDIOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	DIURESE	<input checked="" type="checkbox"/>	Monitorização
	OXIMETRIA	<input checked="" type="checkbox"/>	VENTILAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/>	Pré de SRV (37.00h)
	CAPNOGRAFIA	<input checked="" type="checkbox"/>	PAM	<input checked="" type="checkbox"/>	
AGENTES ANESTÉSICOS			ANESTÉSICO PROFILAXIA		
<u>Exames lab (28/07/17) OK = monitorização</u>			NOME: <u>Cefazolina 0.5g</u> <u>(Segun prescrição)</u> 1ª Dose as: <u>14:30 horas</u>		
<u>Eletrocardiograma (28/07/17) = VE e função sistólica preservada, alt. de relaxamento de VE / RE = 62%</u>					

~~20 APR 2018~~

SONDAS - DRENOS - CÂNULAS									
SNG Nº:		SNE Nº:		FOGARTY Nº:		TRAQUEOSTOMIA Nº:		SEQUEDEL Nº:	
DRENOS	SUCÇÃO 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						ANATOMO 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

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM		
HORA	REGISTRO	ASSINATURA
13:45	Man. me 501 p/ submeter-se ao exame de urina. O exame foi realizado em sala de aula. O resultado foi normal. O exame foi realizado em sala de aula. O resultado foi normal.	
15:00	Termino do procedimento	
15:10	me p/ SRP	



Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME	Brasilêncio do Silveiro Marques			PRONTUÁRIO	35639
RECEBIDO NA S.O. POR	Dr. Paulo			DATA	28/07/17
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA	ACORDADO	<input checked="" type="checkbox"/>	SONOLENTO	<input type="checkbox"/>	COMATOSO
CIRCULANTE	Barbara e Andreia		PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	13:45 h	INÍCIO DA ANESTESIA	h	INÍCIO DA CIRURGIA	14:40
SAÍDA DA S.O.	15:10 h	FIM DA ANESTESIA	h	FIM DA CIRURGIA	15:00
CIRURGIÃO	Dr. Paulo		1º AUXILIAR	Saulo	
ANESTESISTA	Rafael		2º AUXILIAR	" "	
INSTRUMENTADOR	Luciano		LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA	
CIRURGIA PROPOSTA	Tumor Arterial MTD				
CIRURGIA REALIZADA	" "				

TÉCNICA ANESTÉSICA

GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA	RAQUIANESTESIA	<input checked="" type="checkbox"/>
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO	LOCAL	
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL () NASAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:	MÁSCARA LARINGEA	

ASEPSIA

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

EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS UTILIZADOS

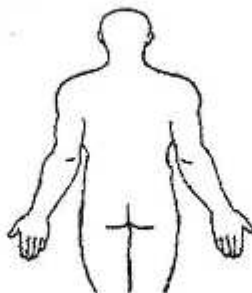
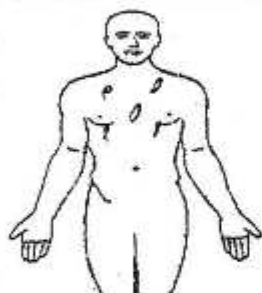
BOMBA DE INFUSÃO	DESFIBRILADOR	MONITOR CEREBRAL (BIS)	INTENSIFICADOR DE IMAGEM	MANTA TÉRMICA	MICROSCÓPIO
FIBROSCÓPIO	<input checked="" type="checkbox"/> MONITOR CARDÍACO	<input checked="" type="checkbox"/> PA (NÃO INVASIVA)	<input checked="" type="checkbox"/> PA (INVASIVA)	<input checked="" type="checkbox"/> OXÍMETRO	CAPNÓGRAFO
<input checked="" type="checkbox"/> FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO	OUTROS	

COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS

<input checked="" type="checkbox"/> CABEÇA	<input checked="" type="checkbox"/> MSD	MSE	MIE	MID
--	---	-----	-----	-----

BISTURI ELÉTRICO

BIPOLAR	MONOPOLAR
---------	-----------



PLACA BISTURI

LOCAL	Abdominal		
•	ELETRODOS		
+	INCISÃO CIRÚRGICA		
<input checked="" type="checkbox"/> AVP	<input checked="" type="checkbox"/> D	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> E

COMPRESSAS

GRANDES

ENTREGUE	DEVOLVIDA
15	15

PEQUENAS

ENTREGUE	DEVOLVIDA



EVOLUÇÃO CLÍNICA MULTIDISCIPLINAR

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE

23

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
20 ABR 2018
Seguradora SIA
Rua Marquês, 186 - Lapa - Brasília - DF

Nome do Paciente:

Brasileiro J. S. Mendes

Idade:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

DATA HORA

28/04/17

Paciente Operado

LIT. Prófere de patela

Cur. 1. Ag. Curar fratura de patela
Equip. 1. L. Paul & L. Paulo
(1) 1. Paulo

Dr. Paulo M. de C. Salom
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4.451 - TEOT 12.509

28/04/17 ENT:

Pcte no leito, CO TB, Eupneico, Spont. Euf. POI. Ferimento tipo. Aguarda elab.

29/04/17 - Paciente calmo, cooperado, lúcido, e estável; aceto, diete, de cur. p. cur. em intern. cur. no período.

Msc. Esp. Jesus H. Nicola
Enfermeiro
COREN-SE 104.653

30/07/17 Pela enfermeira:

Paciente no leito, idoso, consciente, orientado, eupneico e de AUP em MSD, curativo em MED diurese e dejeções. A tou hiperglicemia; referiu dor e insônia.

Msc. Esp. Jesus H. Nicola
Enfermeiro
COREN-SE 226.170

31/07/17

Leve-se que no dia, 31/07, lúcido, eupneico

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

23/07/17 - Admissão - Procedimento de V.T. -
HOTE, SSV estavas, dieto liberado,
dejeões presentes, sem intercorrências.

Msc. Esp. Jesus A. Nicola
Enfermeiro
COREN/SE 104.653

24/07/17 Pela enfermeira:

Paciente idoso, BEG no leito, consciente orientado, eufórico verbalizando em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+). Sem queixas.

Maria M. Bertozzi
Enfermeira
COREN/SE 238.170

25/07/17 Pela enfermeira:

Paciente no leito, BEG, consciente, eufórico, verbalizando em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+). Sem queixas.

Dr. Raimundo Cesar S. Silva
Enfermeiro
COREN/SE 104.653

26/07/17 - Paciente catado, consciente, eufórico verbalizando em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+). Sem queixas.

Msc. Esp. Jesus A. Nicola
Enfermeiro
COREN/SE 104.653

27/07/17 Pela enfermeira:

Paciente no leito idoso, BEG, consciente orientado, eufórico em uso de AVP em MSE, fala em MID, diurese (+) e dejeões (+). Sem queixas.

Maria M. Bertozzi
Enfermeira
COREN/SE 238.170

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 156191
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: BRASILIENCIO DA SILVA MARQUES
Documento.....: 660080 Tipo :
Data de Nascimento: 3/03/1944 Idade: 73 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: EROTILDES DA SILVA MARQUES
Endereco.....: RUA EUGENIO DOS SANTOS (705306482214290/)
Cep.: 00000-000
Telefone.....: 9849.0361
Município.....: 2807600 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1561810
Clínica.....: 900 - ALA/A
Leito.....: 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

Proc. Realizado:
Data de Saida:
Especialidade:
Tipo de Saida:
ID Principal:
ID Secundario:
Principal:
Secundario:
Outro:



bauda enviada
20/04/17 pl FAS

bauda enviada 02.08.17

g.c. 28.04.17.

REALIZADO EM 25/7/17
AS _____ HORAS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo...: 156191
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: BRASILIENCIO DA SILVA MARQUES
Documento.....: 660080 Tipo :
Data de Nascimento: 3/03/1944 Idade: 73 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....:
Nome da Mae.....: EROTILDES DA SILVA MARQUES
Endereco.....: RUA EUGENIO DOS SANTOS 705306482214290
Bairro.....: Cep.: 00000-000
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

INFORMACOES DE SAIDA

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



Laudo enviado 02.08.17

gc. 28.02.17.

313-6

Handwritten notes and signatures:
J. 8-17
M. A. 19/8/17
21-12/8/17



Paciente: Danielson da Silva Jesus

Médico: Thereseapita Jansen Costa

O paciente vem sendo acompanhado de pós-operatório de joelho, com fratura.

Realizo teste de força muscular, com teste de resistência de 25%, com boa execução, encontra-se com diminuição de força, além da diminuição da amplitude de movimento.

O mesmo vai ser apto para realizar atividades que demandam esforço físico.

Umbaúba, 16 de Abril de 2018

Jessica Costa de O. Feltoso
Fisioterapeuta
CREFITO 7/201101-7



RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA: 12/07/2017

DATA DA SAÍDA: 02/08/2013

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UT1 ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente autista de 10 anos de idade, com diagnóstico de autismo de nível moderado, apresentando dificuldades de comunicação verbal e não verbal, além de comportamentos repetitivos e interesses restritos. O paciente está sendo acompanhado por uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogo, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. O tratamento é baseado em intervenções comportamentais e terapêuticas individuais, visando melhorar a comunicação e a interação social. A família também recebe orientação e suporte para lidar com as necessidades do filho.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

The following is a list of the



EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx bacif / cexa D / felle D / p... D
ECG
Ecolordexpre
Laborat... d... ..

MÉDICOS ASSISTENTES:

4. Filomab T. C. C. 5. K. K. K. K. K.
 6. J. J. J. J. J. J. J.
 7. J. J. J. J. J. J. J.
 8. J. J. J. J. J. J. J.
 9. J. J. J. J. J. J. J.
 10. J. J. J. J. J. J. J.

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO (~~X~~)

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 21 de maio de 2018

André Luiz Pinheiro Borges
Especialista em UTI
CPF 138.470.535-53 CRM 113

Dr. Luiz F. B. L.
MÉDICO-DIRETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

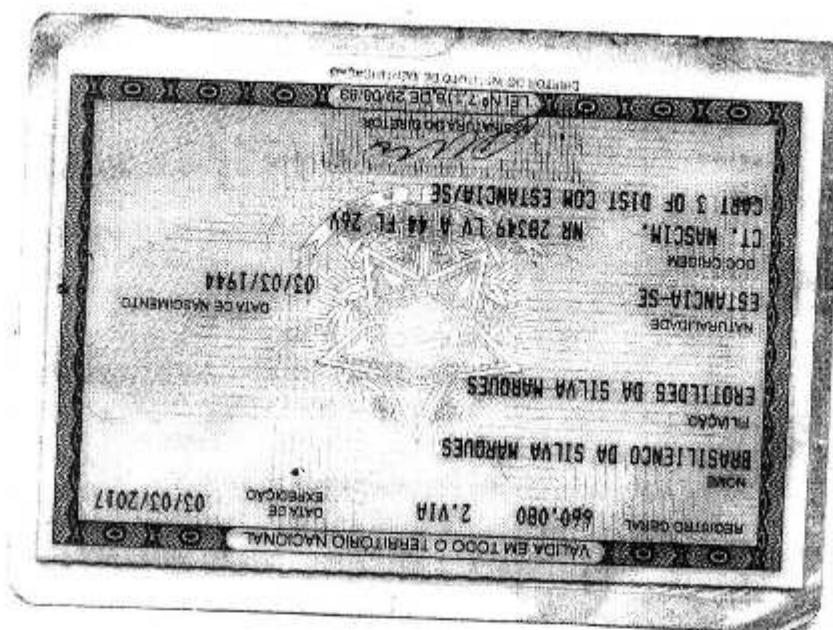
MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2018

Gente Seguradora S/A.
Rua Marum, 756 Loja 03-Aracaju/SE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"



Vagner Lino dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 ABR 2013

Gente Seguradora S/A.
Rua Marum, 766 Loja 03-Aracaju/SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

3.293.115-8 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 09/07/2008

NOME VAGNER LINO DOS SANTOS

PAIS BRASIL

JOSE DZEBES DOS SANTOS

VIRGINIA MARGARETE LINA DOS SANTOS

NATURALIDADE ESTANCIA-SE DATA DE NASCIMENTO 05/12/1965

CCB ORDEM

CT. NASCIM. NR 2141 LV A-11 PL 178V

CPF CART. DIST. TOMAR DO GEM COM CRISTIANAPOLIS/SE

RFB 078.485-21

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N.º 116 DE 2008

Instituto de Identificação "Dr. Carlos Mendes"

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

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: **BRASILÊNCIO 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 nomcia 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. Ferd 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, RG nº 33074895 SSP/SE,
assina a rogo de **BRASILÊNCIO DA SILVA MARQUES**

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: www.tjse.jus.br/x/N892TM



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS
Fernanda Mª Souza Serravalle
Tabeliã

Albirlene Rodrigues Mendes
Tabeliã Substituta

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

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 MAR 2018

Gente Seguradora S/A.
Rua Marum, 766 Loja 03-Aracaju/SE