

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03303

CONTA: 000000019376-0

Nr. da Autenticação A831640177D3236D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190167390 **Cidade:** Capela **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 04/06/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL ESQUERDO. (PÁG 3)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (PÁG 11)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA DA ENTRADA:

DATA DA SAÍDA:

ALLAN Diego Loures de Jesus

04/06/18

07/06/18

18 JAN 2019

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário, sem ter contato profissional com o paciente, isto é, a responsabilidade do atendimento cabe aos médicos que o assistiram.

INTERNAMENTO:

PS ()

ENFERMARIA ()

UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito que sofreu fratura do tornozelo esquerdo exposto. Foi submetido a cirurgia cirúrgica desta fratura. Foi internado no hospital em 04/06/18.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

Cirurgia cirúrgica de fratura exposta do tornozelo e fixação interna.

EXAMES COMPLEMENTARES:

Rx de tornozelo Esq. e 20 + Rx de fêmur + brotoquinase.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr. Vitoriano José Santos

CONDIÇÕES DE ALTA:

MELHORADO

TRANSFERIDO ()

ÓBITO ()

ARACAJU, 13 de 12

Dr. Sérgio Eduardo M. de
Médico
CRM/SP 1268
CPF: 228.451.515-49

18 JAN 2019

*Cristóvão

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOÃO ALVES FILHO

No. DO BE: 1734401 DATA: 04/06/2018 HORA: 09:51 USUARIO: JCNUNES
 CNS: SETOR: 06-SUTURA

FAE LANÇADA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS DOC....
 IDADE.....: 22 ANOS NASC: 23/08/1995 SEXO...: MASCULINO
 ENDEREÇO.....: POV CURAL DOS BOIS NUMERO:
 COMPLEMENTO...: SUS FORA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO.....: JAPARATUBA UF: SE CEP....: 49960-000
 NOME PAI/MAE...: ANTONIO BARRETO DE JESUS /AURELIA DOS SANTOS
 RESPONSÁVEL...: ELVALDO TIO TRAZIDO PELO SAMU TEL....: 79-9
 PROCEDENCIA...: JAPARATUBA
 ATENDIMENTO...: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOS)
 CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

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

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

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

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de acidente DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___
 e traumatismo por, trazido pelo SAMU em protocolo de imobilização. Geração de dor
 em tornozelo ② e joelho ③. Sem outras queixas. ④ Vem com perna, sem convulsão
 ⑤ Não tem ep. Exame, tórax estável ⑥ FC: 90, ba. perfurais tóricas, ausculta
 ⑦ Glaxol 15, regra amarela de emere. ⑧ Enemas com joelho ⑨

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Adorno fixado, RMA ⑩, indolência palpável. Pele estável

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO DA MEDICAÇÃO

Solicitada radiografia tornozelo ② e mudências

Releitura avaliação da ortopedia

Dr. Jackson Gato Ribeiro Pereira
 MR Cirurgião Geral UFS
 CRM 10.000.000-0

DATA DA SAÍDA: / /

ALTA: [] DECISÃO MÉDICA [] A PEDIDO [] EVASÃO
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

HORA DA SAÍDA: :
 [] DESISTÊNCIA.

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

EXAME DE RADIOLOGIA - RUSE

REALIZADO EM 04/06/18

AS 13:10 HORAS

RADIOLOGIA

01/06/18

Wafedat

- Auscultación

F.F. pulmones libres

Rx. Fractura maldita libre

H.I. Fractura espina maldita libre

C.I. Ingreso en de Urgen

① fijos

② SAT

③ Atropina 100mg EV lenta

④ Faldina 1g EV lenta

Dr. Paula Salatti
Médico
CRM - 4451

SUS Sistema
HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO
=====

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 172092
Numero do CNS.....: 0000000000000000
Nome.....: ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS
Documento.....: Tipo :
Data de Nascimento: 23/08/1995 Idade: 22 anos
Sexo.....: MASCULINO
Responsavel.....: ANTONIO BARRETO DE JESUS
Nome da Mae.....: AURELIA DOS SANTOS
Endereco.....: POV CURAL DOS BOIS SUS FORA
Bairro.....: ZONA RURAL Cep.: 49960-000
Telefone.....: 79-9
Município.....: 2803302 - - SE
Nacionalidade.....: BRASILEIRO
Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 1734401
Clinica.....: 918 - CENTRO CIRURGICO SRPA
Leito.....: 999.0160
Data da Internacao: 04/06/2018
Hora da Internacao: 21:55
Medico Solicitante: 815.360.115-68 - AGENOR VILLAR NETO
Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
Diagnostico.....: NAO INFORMADO
Identif. Operador.: TSANTOS

INFORMACOES DE SAIDA

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

Alk Hospital 04/06/18



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE:

Ally Jy H 03

DIAGNÓSTICO:

DATA:

5/11/18

DIETA

OK

SG5% 500 ML

M

NACL20% 10ML

KCL19,1% 05ML

Cladonax 900g 6v 12/11

Ciprofloxac 400g 6v 12/11

PROFENID 100 mg + SF0,9% 100 ml IV 12/12 hs

DIPIRONA 2,0 ML + AD 8,0 ML IV 6/6 hs

TRAMAL 100 mg + SF0,9% 200 ml IV 8/8 hs

PLASIL 2,0 ML + AD 8,0 ML IV SOS

OMEPRAZOL 40 MG IV / DIA

CLEXANE 40 mg SC /DIA

FISIOTERAPIA RESP E MOTORA 2X/DIA

CURATIVO DIÁRIO

PA E TPR 6/6 HS

Assinatura: Vitor Neto
CRM 3352

Glicemias Temp. Axilar

Assinatura do Técnico e Observações

DATA: 25/10/2018.

9º DIH

26

NOME: Aldeir Pires L. de Jesus

DIAGNÓSTICO (S): rot. lombar

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1ª. DIETA LIVRE	
2ª. Geico Salinizado	
3ª. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	
4ª. S. Fisiológico 1000cc EV 24Hs	
5ª. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	20 02 08
6ª. Naloxadron 8mg EV 08/08hs SOS	06
7ª. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	
8ª. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	
9ª. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10ª. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11ª. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12ª. Cleveane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	
13ª. Dextro 6/6hs se Diabético	
14ª. Insulina Regular SC, apos o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15ª. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16ª SSVV 6/6hs	
17ª 400 60 12-11	20 08
18ª 600 60 6	12 18 24
19ª	

EVOLUÇÃO:

sol 1 x * fez raxox
atardi!

Alexandro Capalho Silva
Enfermeiro
COREN/SE 395157

Dr. Antônio Franco Cabral
Ortopedia/Traumatologia
CRM 880

Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE SERGIPE
SERVIÇO DE ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÕES DIÁRIAS

26

DATA: 6 / 6 / 2018.

° DIH

NOME: Allog Diego Santos de Jesus

DIAGNÓSTICO (S): Fratura exposta fêmur proximal

Medicamentos (Princípio ativo + Concentração)	Horários de Administração
1º. Dieta Livre	SND
2º. Gelco Salinizado	
3º. Kefazol 1 g EV 8/8hs ou Keflin 1 g EV 6/6hs	04
4º. S. Fisiológico 1000cc EV 24Hs	04
5º. Dipirona 2ml + 8 ml AD EV ou Paracetamol 40gts VO 6/6hs	06
6º. Nauseidron 8mg EV 08/08hs SOS	SOS
7º. Antak 50mg EV ou 150mg VO / Omeprazol 40mg EV ou VO às 6hs	SOS
8º. Tramal 100mg + 100 ml SF 0,9% EV ou VO 8/8hs SOS	SOS
9º. Profenid 100mg + 100ml SF 0,9% EV 12/12hs SOS	SOS
10º. Captopril 25mg VO 8/8hs se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg SOS	SOS
11º. Glicose 25% 04amp. EV se Glicemia < ou = 80mg/dl SOS	SOS
12º. Clexane 40mg SC 1 x dia ou Heparina 5000UI SC 2 x dia	20
13º. Dextro 6/6hs SUSP	
14º Insulina Regular SC, após o dextro. 201 - 250: 02UI 251 - 300: 04UI 301 - 350: 06UI 351 - 400: 08UI > ou = 401: 10UI	
15º. Curativos Diários 1 x dia (x) SF 0,9% + Gazes	
16º SSVV 6/6hs	
17º	
18º	
19º	
20º	

Em cont. sist. 6 dias

com dextro osteosintese
fêmur distal

Cynthia de Angelis
Enfermeira
COREN-SE 342533

Felipe Augusto Lopes Freitas
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SE 342539

Médico

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 07/06/18

NOME: Aluísio Diogo Santos de Jesus

GÊNERO: _____ IDADE: _____

DIAGNÓSTICOS: Fratura Exposta do tornozelo

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO
1	Dieta LIVRE	
2	SFO,9% 500ML EV 12/12H	
3	Keflin 1g, IV, 6h/6h OU Kefazol 1g, IV, 8h/8h	16 20 04
4	Ranitidina, 02 mL + 18 mL AD, IV, 12h/12h OU Omeprazol 40mg, IV, às 6:00	06
5	Dipirona, 02 mL + 08 mL AD, IV, 6h/6h	16 20 04
6	Profenid, 01 ampola IV + 100mL SFO,9%, 12h/12h	18 06
7	Tramal 100mg + 250 ml SFO,9, IV, 8h/8h SOS	SOS
8	Clexane 40mg SC, 1x/dia OU Heparina 5.000UI SC, 2x/dia	20
9	Bromoprida, 02 mL + 18 mL AD, IV, 8h/8h, se náuseas ou vômitos SOS	SOS
10	Glicemia capilar, 6h/6h, se diabético	
11	Insulina regular, conforme glicemia:	
12	<200 = Ø 251 - 300 = 4U 351 - 400 = 8U	
13	201 - 250 = 2U 301 - 350 = 6U > 400 = 10U	
14	Glicose 25%, 40ml, IV, se glicemia < 70	
15	Captopril 25mg, VO, se PAS > 180mmHg ou PAD > 110mmHg SOS	
16	CCGG + SSVV 6h/6h	
17	CURATIVO DIÁRIO 1X/DIA	
18	<u>Alto Hospitalar</u>	
19		
20		
21	<u>± ORTOPEDIA</u>	
22		
23	<u>3º DIA de internação cirúrgica do tornozelo</u>	
24		
5	<u>Paciente estável, sem queixas</u>	
	<u>Ed = NS. Cirurgia definitiva</u>	
	<u>Alto Hospitalar</u>	

Dr. Vinícius
Ortopedia e Traumatologia
CRM SE 34.450

Dr. Vinícius
CRM SE 34.450

Nome do Paciente:

Ally Jps Jr 3

Idade:

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

09/06/18

Atendimento em UPA
Exame físico (EHL - L) e 1
19 h de exclusão. pH 1.7
análise de urina + urina
Exame físico + exame
Exame físico
Curativo

Villar Neto
CRM 3352



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

FICHA DE ATO CIRÚRGICO

PACIENTE: *Allof J. S. J.*
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Extrusão f. = 132 mgok*
CIRURGIA REALIZADA: *Lmc + Placa*
CIRURGIÃO: *Barb. Vll.*
AUXILIARES: _____
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. *Adm. Pul*
2. *Barb. Vll.*
3. *Cpo. 2.40*
4. *Extrusão f. = 132 mgok*
5. *El 132 mgok*
6. *Extrusão f. = 132 mgok*
7. *Pl. 132 mgok*

Villar Nea
Ortopedia
CRM 3352

DATA: / /

Assinatura do Cirurgião

Registro de Enfermagem no Trans-Operatório

NOME		PRONTUÁRIO	
RECEBIDO NA S.O. POR		DATA	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA		SALA	
ACORDADO	SONOLENTO	AGITADO	COMATOSO
CIRCULANTE	PROCEDÊNCIA		
ENTRADA S.O.	h	INÍCIO DA ANESTESIA	h
SAÍDA DA S.O.	h	FIM DA ANESTESIA	h
CIRURGIÃO	1º AUXILIAR		
ANESTESISTA	2º AUXILIAR		
INSTRUMENTADOR	LATERALIDADE	() DIREITA () ESQUERDA	
CIRURGIA PROPOSTA	() NA		
CIRURGIA REALIZADA			
TÉCNICA ANESTÉSICA			
GERAL VENOSA	GERAL INALATÓRIA	GERAL COMBINADA	GERAL BALANCEADA
PERIDURAL C/ CATETER	PERIDURAL S/ CATETER	SEDAÇÃO	BLOQUEIO DO PLEXO
TUBO ENDOTRAQUEAL () ORAL	Nº:	TUBO ARAMADO	Nº:
() NASAL			MÁSCARA LARINGEA
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
FIBROSCÓPIO	MONITOR CARDÍACO	PA (NÃO INVASIVA)	PA (INVASIVA)
FOCO AUXILIAR	FONTE DE LUZ	VIDEOLAPAROSCÓPIO	BRONCOSCÓPIO
OUTROS			
COXINS DE CONFORTO UTILIZADOS			
CABEÇA	MSD	MSE	MIE
			MID
BISTURI ELÉTRICO			
BIPOLAR	MONOPOLAR		
PLACA BISTURI		COMPRESSAS	
LOCAL		GRANDES	
ELETRODOS		ENTREGUE	
INCISÃO CIRÚRGICA		DEVOLVIDA	
AVP	D	E	
AVC	D	E	
GASOMETRIA: SIM () NÃO ()		PEQUENAS	
		ENTREGUE	
		DEVOLVIDA	
POSIÇÃO DO PACIENTE			
DORSAL	VENTRAL	LAT. ESQ	LAT. DIR
		CANIVETE	TRENDELEMBURG
			LITOTOMIA

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

065.850.295-76

Allof Diego Santos de Jesus

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3303

CONTA:

39376

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome:

CPF:

Assinatura

2ª | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

18 JAN 2019

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE:(0) 3263-1242

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06536.0-001272

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE:(0) 3263-1242

FATO

Data e Hora do Fato: 03/06/2018 - 07:30 até 03/06/2018 - 07:30

Endereço: TREVO DA BR-101 - POVOA DO TERRA DURA Número: Complemento: VIA PÚBLICA CEP: 49700-000

Bairro: POVOADO TERRA DURA Cidade: CAPELA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS

Nome do pai: ANTÔNIO BARRETO DE JESUS Nome da mãe: AURÉLIA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 065.852.295-76 RG: 361811459 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 23/08/1995 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: REPOSITOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: TRAV. SANTO ANTÔNIO - POVOADO VILA MIRANDA Número: 255 Complemento: CASA

CEP: 49.700-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO À MERCEARIA DE AURINO Telefone: (79) 99947-7311

VÍTIMA

Nome: ISAÍAS DA SILVA SANTOS

Nome do pai: JOSÉ ERALDO DOS SANTOS Nome da mãe: EDIVÂNIA SANTOS DA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 071.243.535-21 RG: 36887480 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: JAPARATUBA Data de nascimento: 14/12/1997 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

Profissão: TRABALHADOR RURAL Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO CURRAL DOS BOIS Número: S/N Complemento: CASA

CEP: 49.060-300 Bairro: ZONA RURAL Cidade: JAPARATUBA UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO À ANTIGA ESCOLA Telefone: (79) 99947-7311

HISTÓRICO

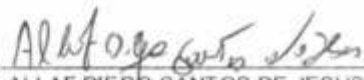
ADUZ O NOTICIANTE E VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LOCAL ENCIMADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2012/2012, COR PRETA, PLACA POLICIAL NVL-6062-ARACAJU/SE, CHASSI Nº 9C2KC1660CR526018, RENAVAM Nº 00452869420, LEVANDO NA GARUPA O PROPRIEDADE DO REFERIDO VEÍCULO, ISAÍAS DA SILVA SANTOS, E AO DESER A LADEIRA CONHECIDA POR "LADEIRA DO CAVACÃO", QUE TERMINA NA BR-101, A MOTOCICLETA PERDEU OS FREIOS E VEIO A COLIDIR NA MURETA QUE DIVIDE AS PISTAS DA BR-101; QUE DEVIDO À COLISÃO, O NOTICIANTE FRATUROU O TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA, ENQUANTO QUE ISAÍAS FRATUROU O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA; QUE O VEÍCULO FICOU TOTALMENTE AVARIADA; QUE O NOTICIANTE E ISAÍAS DA SILVA SANTOS FORAM SOCORRIDOS E ENCAMINHADOS AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE; QUE, NESTE MESMO NOSOCÔMIO, O NOTICIANTE FOI


SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, ENQUANTO QUE ISAÍAS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE CIRURGIA E TAMBÉM SUBMETIDO A UMA CIRURGIA; QUE SALIENTA O NOTICIANTE QUE É HABILITADO (CNH) NA CATEGORIA "AB", CONFORME REGISTRO Nº 06378199903, EXPEDIDA PELO DETRAN/SE, COM VALIDADE EM 26/02/2020.

Data e hora da comunicação: 21/12/2018 às 14:29

Última Alteração: 21/12/2018 às 14:30.

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.


ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS
Responsável pela comunicação


Márcio de Oliveira Santos
Responsável pelo preenchimento

21/02/2019

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3263-1242

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06536.0-001272 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Endereço: AV. MONSENHOR ERALDO BARBOSA, CENTRO FONE: (0) 3263-1242

FATO

Data e Hora do Fato: 03/06/2018 - 07:30 até 03/06/2018 - 07:30

Endereço: TREVO DA BR-101 - POVOA DO TERRA DURA Número: Complemento: VIA PÚBLICA CEP: 49700-000

Bairro: POVOADO TERRA DURA Cidade: CAPELA - SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE CAPELA

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS

Nome do pai: ANTÔNIO BARRETO DE JESUS Nome da mãe: AURÉLIA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 065.852.295-76 RG: 361811459 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ARACAJU Data de nascimento: 23/08/1995 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: REPOSITOR Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: TRAV. SANTO ANTÔNIO - POVOADO VILA MIRANDA Número: 255 Complemento: CASA

CEP: 49.700-000 Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAPELA UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO À MERCEARIA DE AURINO Telefone: (79) 99947-7311

VÍTIMA

Nome: ISAÍAS DA SILVA SANTOS

Nome do pai: JOSÉ ERALDO DOS SANTOS Nome da mãe: EDIVÂNIA SANTOS DA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 071.243.535-21 RG: 36887480 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: JAPARATUBA Data de nascimento: 14/12/1997 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: TRABALHADOR RURAL Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 1º Grau Incompleto

Endereço: POVOADO CURRAL DOS BOIS Número: S/N Complemento: CASA

CEP: 49.060-300 Bairro: ZONA RURAL Cidade: JAPARATUBA UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO À ANTIGA ESCOLA Telefone: (79) 99947-7311

Carlos Frederico Santos e Murilo Souza
Delegado de Polícia Civil Especial
COORDENADOR DA DELEGACIA

HISTÓRICO

ADUZ O NOTICIANTE E VÍTIMA, QUE NO DIA, HORA E LOCAL ENCIMADOS, CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN EX, ANO/MODELO 2012/2012, COR PRETA, PLACA POLICIAL/NVL-8062-ARACAJU/SE, CHASSI Nº 9C2KC1660CR526018, RENAVAM Nº 00452869420, LEVANDO NA GARUPA O PROPRIEDADE DO REFERIDO VEÍCULO, ISAÍAS DA SILVA SANTOS, E AO DESER A LADEIRA CONHECIDA POR "LADEIRA DO CAVACÃO", QUE TERMINA NA BR-101, A MOTOCICLETA PERDEU OS FREIOS E VEIO A COLIDIR NA MURETA QUE DIVIDE AS PISTAS DA BR-101; QUE DEVIDO À COLISÃO, O NOTICIANTE FRATUROU O TORNOZELO DA PERNA ESQUERDA, ENQUANTO QUE ISAÍAS FRATUROU O FÊMUR DA PERNA ESQUERDA; QUE O VEÍCULO FICOU TOTALMENTE AVARIADA; QUE O NOTICIANTE E ISAÍAS DA SILVA SANTOS FORAM SOCORRIDOS E ENCAMINHADOS AO HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE; QUE, NESTE MESMO NOSOCÔMIO, O NOTICIANTE FOI

21/03/2019

Departamento da Polícia Civil - Boletim de Ocorrência

SUBMETIDO A UMA CIRURGIA, ENQUANTO QUE ISAÍAS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE CIRURGIA E TAMBÉM SUBMETIDO A UMA CIRURGIA; QUE SALIENTA O NOTICIANTE QUE É HABILITADO (CNH) NA CATEGORIA "AB", CONFORME REGISTRO Nº 06378199903, EXPEDIDA PELO DETRAN/SE, COM VALIDADE EM 26/02/2020.


Acréscitado por Wender Jefferson Neres dos Santos - 21/02/2019 às 10:26
Que a data ocorreu no dia 04/06/2018 ao invés de 03/06/2018.

Data e hora da comunicação: 21/12/2018 às 14:29


Responsável pela Alteração: Wender Jefferson Neres dos Santos

Última Alteração: 21/02/2019 às 10:20.

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.


ALLAF DIEGO SANTOS DE JESUS
Responsável pela comunicação


Wender Jefferson Neres dos Santos
Responsável pelo preenchimento


Carlos Frederico Santos e Mécely Sousa
Delegado de Polícia Classe Especial
COORDENADOR DA DEPLAMORTE

✓

SETOR: 06-SUTURA

09:51 030400
FAE LANGKATA

LOGIA