

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: 30/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04470

CONTA: 000000007665-0

Nr. da Autenticação 6D907A9B853C3731

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180497010
Nome do(a) Examinado(a): Alan Vitor Santos de Jesus
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nossa Senhora das Dores, 372 Casacentro
Centro Moita Bonita SE CEP: 49560-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 4.015.890-0
Data local do acidente: [17/10/2017]
Data local do exame: [08/05/2019] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL (TÍBIA) À DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DA FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL COM PARAFUSOS (02).

Complicações: BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO.

Data da Alta: 20/10/2017

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MEMBRO INFERIOR DIREITO COM MARCHA CLAUDICANTE (++)/4) COM APOIO DE MULETA CANADENSE, FORÇA MUSCULAR DA PERNA E PÉ DIMINUÍDA (++)/5), CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO MALÉOLO MEDIAL, AUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO MEDIAL (CALO OSSEO E EDEMA), DOR, EDEMA DE MODERADO VOLUME, CREPITAÇÃO E BLOQUEIO NA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO, RESTRIÇÃO DO MOVIMENTO DE FLEXÃO E EXTENSÃO DA ARTICULAÇÃO DO TORNOZELO E PÉ.
AMPLITUDE ARTICULAR DO TORNOZELO: DORSIFLEXÃO 05° / EXTENSÃO 15°**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacilio Nascimento Junior
Manoel Otacilio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

RG nº 4015.890-0, data de expedição 08/12/2017 Órgão SSP/SE

CPF nº 102.642.375-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA: NOSSA SENHORA DAS DÍVES</u>
Número	<u>Nº 372</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MOITA BONITA</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49.560-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 996066460 ou (79) 981358159</u>
E-mail	<u>unidosseguros19@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MOITA BONITA - SERGIPE 06 DE ABRIL DE 2018

Assinatura do Declarante: Alan Vitor Santos de Jesus





SEDE: Rua Campo de Brito, 331, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-080
CNPJ: 13.038.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2

FATURA MENSAL

309531.2

Nome do Cliente		CPF	
JOSE BONIFACIO DE GOIS		***.***.***-**	
Endereço			
RUA JOSE ANTONIO DOS PASSOS, 243, RIBEIROPOLIS, 49530-000			
Grupo Setor/Consumo/Leitura	Data de Leitura	Mediçãmetro	Classificação / Economias
116011/00052	19/07/2018	A98N087216	RES: 1
Leit. Anterior 3698 Leit. Atual 3711 Consumo Faturado (m3) 15 Média de consumo (m3) 16 Ocorrência da Leitura Data de Leit. Anterior 19/06/18 Dias de Consumo 30 Média diária (m3) 0,53 Previsão para Prox. Leit. 16/06/18 INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços	Valor					
AGUA	75.49					
ESGOTO	0.00					
Mês Referência: 07/2018						
VENCIMENTO: 26/07/2018						
TOTAL A PAGAR R\$ 75.49						
INFORMAMOS AOS SENHORES USUÁRIOS, QUE O MANUAL DE SERVIÇOS DA DESO, ESTA DISPONÍVEL NO NOSSO ENDEREÇO ELETRÔNICO: WWW.DESO-SE.COM.BR						
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.565/2010.						
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195 AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual						
Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)						
Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fúor	Coliformes Totais	Exigência Col
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	32	10	32		32	
Nº de Amostras Analisadas	31	31	31		31	31
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2.914/2011	31	31	28		30	31

Resumo dos Parâmetros de Qualidade (Ver Verso) Favor Autenticar no Verso



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/biblioteca/web/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ BUNIFÁCIO DE GUS inscrito (a) no CPF/CNPJ 336.316.205 / 78
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALAN VITOR SANTOS DE JESUS inscrito
(a) no CPF sob o Nº 102.642.375 / 95 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE da Vítima
ALAN VITOR SANTOS DE JESUS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.642.375 / 95, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA: JOSÉ ANTÔNIO DOS PASSOS</u>		Número <u>243</u>	Complemento <u>1850</u>
Bairro <u>BOA FÉ</u>	Cidade <u>RIBEIROPOLIS</u>	Estado <u>SERGIPE</u>	CEP <u>49.530-000</u>
Email <u>UNIDOSSEGURAD@G.MAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(79)996066460</u>	Telefone celular (DDD) <u>(79)981358159</u>

Ribeirópolis-SE 07 de AGOSTO de 2010
Local e Data

José Bunifácio de Gus
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ADANUSIA SANTANA SANTIAGO

RG nº 2772.796, data de expedição 06/06/2011

Órgão SSP/SE, portador do CPF nº 695.622.535-20, com domicílio na cidade de Ribeirópolis, no Estado de Sergipe

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA: ANTONIO JOSÉ BARBOSA, nº 475,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALAN VITOR SANTOS DE JESUS, cujo o condutor era

MARIA ADANUSIA SANTANA SANTOS.

Veículo: HONDA / BIZ-125.EJ

Modelo: 2010

Ano: 2010

Placa: 952 JCY 220 AR 411756

Chassi: NUL 7390

Data do Acidente: 17/01/2017

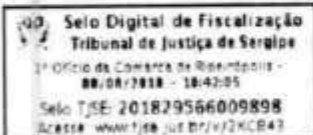
Local e Data: Ribeirópolis - Sergipe 06 DE AGOSTO DE 2018

Maria Adanúsia Santana Santiago
Assinatura do Declarante

Maria Adanúsia Santana Santiago

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

Reconheço (por autenticidade) a firma de: MARIA ADANUSIA SANTANA SANTIAGO
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912



Ygor Nicolás Oliveira Freire
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ygor Nicolás Oliveira Freire
Escritório Autorizado



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - Cópia do Estabelecimento de Saúde

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

ALON VIANA SANTOS DE JESUS

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

NÚMERO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005818988955

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 1

9 - SEXO

MASC ☒ 1 FEM ☒ 3

10 - RAÇA / COR

NOME DA MÃE

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO, RUA Nº, BAIRRO

16 - DDC

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - COD. IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PATOLOGIA(S) E SINTOMAS CLÍNICOS

FIBRILACÃO MALTADA FIBRILACÃO D.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

DMT GRUPO 110

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX. TORNAXADO D. DP/P

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

DMT. MALTADA

25 - CID 10 PRIMÁRIO

S-820

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

RDFI

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0498050578

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRANSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOA

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - TIPO DE COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

14 - PENSÃO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPIALAR

50 - DOCUMENTO

CNS

CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO

F-3

IDADE

17a

SEXO

M

REG:

Don'ta Stor di Jesus

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
07	8:40	Paciente admitida ao setor de cirurgia ginecológica proveniente de sua residência acompanhada pelo familiar, para submeter-se a uma cirurgia de descompressão de bexiga, história de hipertensão arterial, nega HAS, DTA e diabetes. medicamentos: auto 700 mg de 43246					
07	73:30	Paciente encaminhada ao C.P. para cirurgia ortopédica no tórax					
07	14:30	Paciente admitida neste setor, provi- niente da Clínica Cirúrgica, baixo pupineiro, acianótico, em uso de mala para submeter-se a ato aos Evidados de Dr. Soares PCT em 50, monitorizado, oximetria de pulso, feito cur em GSE com gesso n.º 20.					
07	14:40	Início do ato anestésico sobre ruga + sedação aos Evidados de Dr. Roberto sem intercorrências. -x-x-					
07	14:50	Início do ato cirúrgico, PCT em decúbito dorsal, monitorizado, venoli- se, em g. lom. cateter tipo orlas pm 2.0 30/30 Transoperatório segue sem intercorrências. -x-x-x-	83			104 65	99/.
07	17:25	Termino do ato cirúrgico feito redução e fixação da fratura + curativo compressivo pt encaminhado a SRPA sem queixas no momento. -x-x-					
07	17:25	Pte. encaminhada a enfermagem Paciente no leito, calmo, orientado, eupneico, a- cianótico, medicado, alimentado, F.F. ausentes, acompanhado, em uso de cur em GSE e sem nenhuma intercorrên- cia.					

RNEP MARECH

237040/80

Andressa Alves de Almeida

Aux. Enfermagem

CORENSE 641-554

Ana Paula Santos Mendonça

558519-REC/628700-AUX

CORENSE

JCC x CC

mmHg

Dr. Silvana

CERT 305861

20 AGO 2010

Itaiana-Sergipe

DPVAT/RJ

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR F-1

LEITO

PAZ 2018

Jean Victor Sles de Jesus

IDADE

SEXO

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem
07/11	22h	Administrada medicação preferid IV, conforme prescrição médica.					
08/11	24h	Administradas as medicações: dipirone IV + cefalotina IV.					
08/11	06h	Administrado medicação de honaria: Dipirone 24 IV e cefalotina 1g IV, conforme prescrição médica. Pode passar o período sem intercorrência durante presente.					
08/11	11h	Paciente recebe alta hospitalar para casa, portando receita médica e orientações, em companhia de familiar.					
		Polianaoff					

Nome do Paciente <u>DR VITOR HENRIques JESUS</u>	Diagnóstico Pre-operatório <u>FRATURA MEX. TORCAL</u>
Idade <u>24/1</u>	Cirurgião <u>DR ANTONIO LARA</u>
	Anestesiologista <u>DR ROBERTO</u>
	Diagnóstico Pós-operatório <u>FRATURA MEX. TORCAL D.</u>

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. CLASSE A - DENTRADA
2. CULDADE COMRA
3. MEX. MEX. TORCAL D.
4. DENTRADA
5. FRATURA C/ PONTA
6. SURTIPO POR PONTA DIF. PUE
7. LARVO
8. FIM DO GMELO

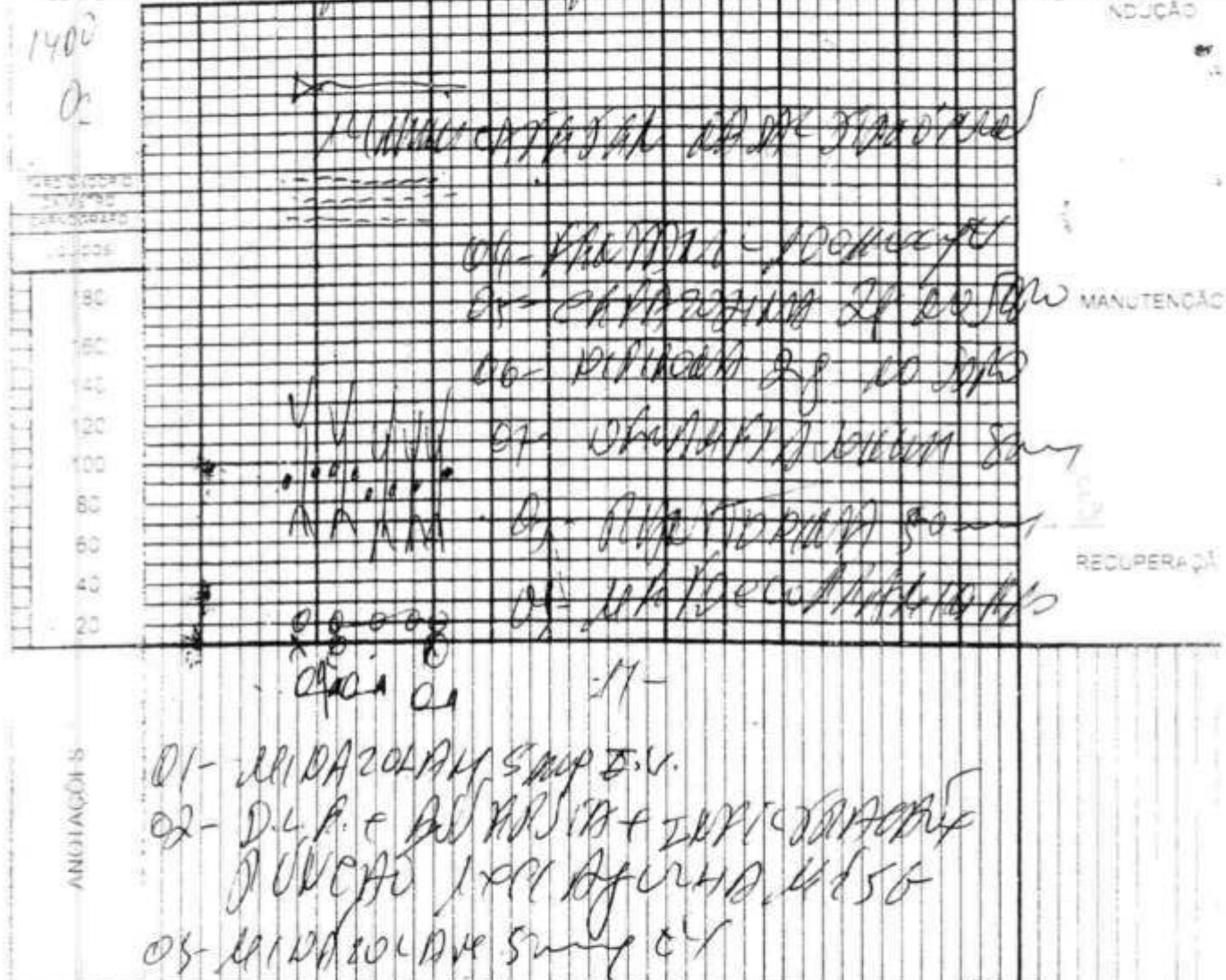
Dr. Antonio S. Lima Neto
Cirurgião Transcendental
CRM 108.120/2014

Assinatura do cirurgião
07/11/14

Assinatura do cirurgião

FICHA DE ANESTESIA

NOME ALAN VITOR SARDI DE JESUS Nº PRONTUÁRIO 475524
 CONVENIO SUS DATA 07/11/2014 SEXO MASC COR PA IDADE 17any PESO _____
 NATURAL _____ EST. CIVIL _____ SANGUE _____
 SETOR MEDICO _____ AMBULATORIO _____ APTº _____ E. FISICO(ASA) 01
 TAG PRE-OP FRATURA DO ULCNAO FIBIAL DIREITO
 TAG PRE-OP FRATURADO CIRURGICO DA FRATURA DO ULCNAO
 TAG POS-OP CONSERVADO FIBIAL DIREITO
 TAG POS-OP A PROXIMA Q FIXACAO
 PRE ANESTESICO _____ HORA _____ EFEITO _____
 TAG PRE-OP DR. ANTONIO LARA 1º AUXILIAR _____
 TAG POS-OP _____ INSTRUMENTADOR ADA PAULA
 TAG PRE-OP _____ 150 160 170 180



DRUGAS	MATERIAL	CONG	QUANT	ANESTESIA	TIPO	VALOR
				Sem-Renapac	Aberto	Semifechado
				Chirurgia - Nasotruqueal - Sonda		Respiração Espontânea
				Enfis		S.O. Lesão
				Posição	Local Puncção	Empres
				Pos. Anes	Pos. Or	Ortopedia
				Cond. Fina	Relatório	Relatório

20 AGO 2018

Roberto Meneses
 Anestesiologista
 CRM 35.695



ESTADO DE SERGIPE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MOITA BONITA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Palatório

Alon Vitor Santos de Jesus, 18 anos de idade, diagnóstico clínico de Fratura de maldado medial e distal. Realizou 4 sessões de fisioterapia, neste município, dias de terça e quinta, no período de 22/03/2018 a 30/04/2018. O eletrodo da fisioterapia era fortaleceu a musculatura estabilizadora do tornozelo e propulsão. Após 04 sessões o mesmo relatou melhora do quadro clínico e não podia continuar o tratamento.

24/05/2018
Dr. Taíse Vasconcelos de Almeida
Fisioterapeuta
CREFITO 7: 169979-F

A presente fotocópia confere com a original exibida nestas Notas. Dou Fé.
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Ribeirópolis -
27/07/2018 - 09:00:13
Selo TJSE 201829566009423
Acesso: www.tjse.jus.br/x/3UM4GN

YGOR NICOLAS OLIVEIRA FREIRE
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor Autorizado

20 AGO 2018

DPVAT/RJ

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

ALON VITOR LANTAS JANS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPRACITADO
COM DIAGNÓSTICO DE
FRATURA DO MÚLCULO
TIBIAL REALIZADA.
CURANDO.

ANALMENTE REALIZADO
CONVULSÃO E REDUÇÃO

CID: S-820
03/07/18

Dr. Antonio E. Lara Arce
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TECT 6024

Avenida 13 de junho 10 - 115 - Centro - Itaboraí - RJ - Fone: (21) 3432-9200

A presente fotocópia confere com a original exibida nestas Notas. Dou Fé.
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Ribeirópolis -
27/07/2018 - 08:07:28
Selo TJSE 201829566009421
Acesse: www.tjse.jus.br/x/20PHB7

Ygor Nicolas Oliveira Freire
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor

MBM
SEGURADORA

20 AGO 2018

DPVAT

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Certificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Certificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898065818988955

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 1

9 - SEXO

MASC. 1 FEM. 3

10 - RAÇA / COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO / RUA Nº BAIRRO

16 - DOC

17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

18 - COD IBGE MUNICÍPIO

19 - UF

20 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FIMBRIA MALTRABALHADA D.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INT. G. M. U. S. L. D.

23 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

24 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FIMBRIA MALTRABALHADA

25 - CID 10 PRINCIPAL

S-820

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

RDFI

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050578

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRANSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - ACIDENTE TRABALHO TRÍPO

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAR DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

46 - TIPO DE PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTOADO

NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - COD ORGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - DOCUMENTO

CNS

CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

ALAN VITOR LARA JESUS

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE SUPRACITADO
COM DIAGNÓSTICO DE
FRATURA DO MÔDULO
TIBIAL REALIZADA
CIRURGICAMENTE.

ANÁLISE FEITA
CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÃO

CID: S-820

Dr. Antônio B. Lara Ara
Ortopedia - Traumatologia
CRM 2008 - TEOT 6524

Avenida 13 de Junho, 107 - Centro - Itapipiranga - SE - Fone: (79) 3432-9200

A presente fotocópia confere com a original exibida nestas Notas. Dou Fé.
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe

1º Ofício da Comarca de Ribeirópolis -
27/07/2018 - 09:07:20

Selo TJ/SE 201829566009421
Acesso: www.tjse.jus.br/x/Z3PHB7

Ygor Nicolas Oliveira Freire
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escritor

MSM
SEGURADORA

2-0 AGO 2018

DPVAT

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

**Atestado
Médico**

Atesto para os devidos fins que o(a) Sr^(a)

ALAN VITOR RANS

portador (a) do RG:

órgão expedidor

foi atendido(a)

no dia 07/11/17 às 800 horas, necessitando de 60 dias
de repouso por motivo de doença. CID: J-820

Local: ITABAIANA

Data:

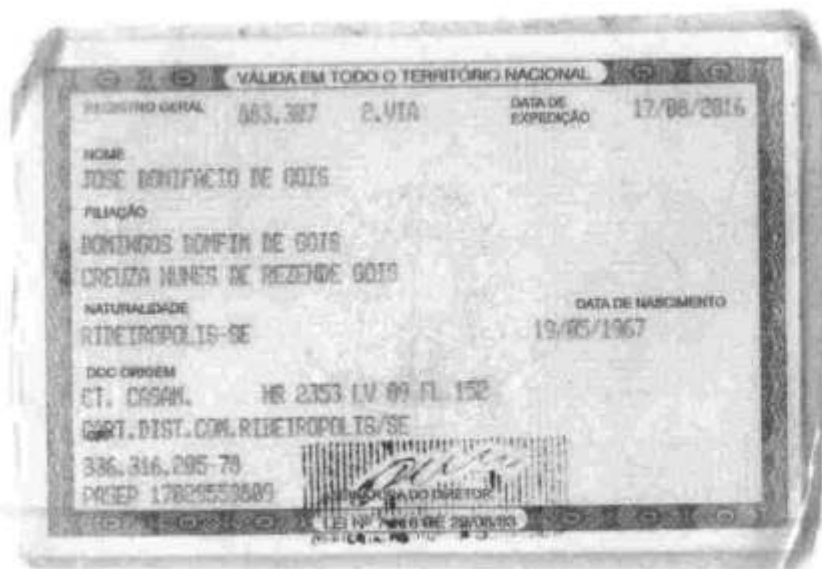
07/11/17

Assinatura do Médico

Dr. Antonio E. Lima Neto
Osteopata - Terapeuta
CRM 2005 - TEC 1924

Av. 13 de Junho, 776, Centro - Itabaiana/Se - Cep.49.500-000 - Fone: 3432-9200

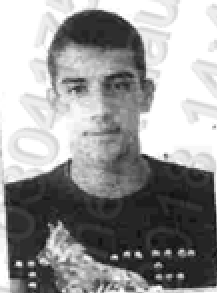
22 OUT 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POSTO DE SERGIPE

TRANSUNIDADE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



Alan Vitor Santos de Jesus

CARTeira DE IDENTIDADE

LEI Nº 7.116 DE 20/09/03

ASSINATURA DO DIRETOR

CT. NASCIMENTO NR. 6874 LV A-09 FL. 199/V
CAPT. DIST. MOTA RAINHA DM. RIBEIROPLIS/SE

DOC. ORIGIN
TIARRJANA-SE

DATA DE NASCIMENTO
22/04/2000

REGISTRO GERAL 4.015.890-0
DATA DE EXPEDIÇÃO 08/12/2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MSM
SEGURADORA

20 AGO 2018

DPVAT/PJ



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
102.642.375-95

Nome
ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

Nascimento
22/04/2000

CÓDIGO DE CONTROLE
D98B.A8EB.4AF7.08D9



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:46:46 do dia 25/07/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

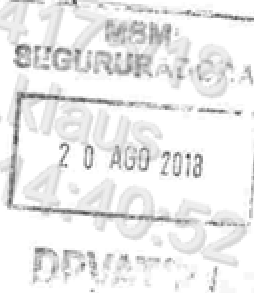
ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - SE Nº 013636982337
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 CDD RENAVAM: 00272832057 FLN.TRC: 000000000000 EXERCÍCIO: 2017

PLACA: NVL7390/9E CHASSI: 9CEJC4220AR411756

ESPECIE TIPO: PAS/MOTONETA/NENHUMA COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES ANO FAB: 2010 ANO MOD: 2010

CAP / POT / CIL: BP/9CV/124CC CATEGORIA: PARTIO COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 1 PAGO VENC. COTA ÚNICA: 30-06-2017 VENC. COTAS: 1 30-06-2017 2 30-06-2017 3 30-06-2017

PREMIO TARIFARIO (R\$): 4,15 IOF (R\$): 0,70 PREMIO TOTAL (R\$): 4,85 DATA DE PAGAMENTO: 30/11/2017

SEM RESTRIÇÕES

LOCAL: RIBICAMPOLIS/SP DATA: 30/11/2017

Assinatura: *[Assinatura]*
Diretor-Presidente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

SE Nº 013636982337 BILHETE DE SEGURO DPVAT Nº 013636982337
RECIBO SE Nº

ESTRÉ O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE 0800-000-0000 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 020 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 30/11/2017

VIA: 1 CDD RENAVAM: 00272832057 MARCA / MODELO: HONDA/BIZ 125 ES

ANOS FAB: 2010 CILINDROS: 3 Nº CHASSI: 9CEJC4220AR411756

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$): 81,29 DENATRAM (R\$): 9,83 CUSTO DO SEGURO (R\$): 90,32

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 IOF (R\$): 0,70 COTA UTILIZADA (R\$): 185,50

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE COTAÇÃO: 30/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.246.800/0001-01

MSM
SEGURADORA
AGD 2018
MATRIZ

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

ASSINATURA

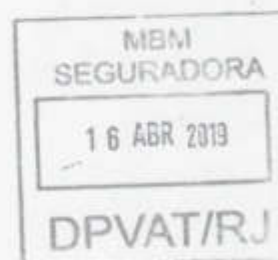


**Laudô Pericial
Digitalizado**

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

LAUDO Nº 1481/2019





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME DE LESÕES CORPORAIS

quarta-feira, 13 de fevereiro de 2019

Nº Laudo
1481/2019

Dados Da Vitima

Nome da Vitima	Nascimento	Idade	Naturalidade
ALAN VITOR SANTOS DE JESUS	22/04/2000	18	ITABAIANA
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
SOLTEIRO	MASCULINO	PARDA	ESTUDANTE
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
2º Grau InCompleto	CLEIDINALVA DOS SANTOS	GIVANILSON M. DE JESUS	SE
Endereço	Bairro	Município	
RUA N. S. DAS DORES, 372	XXXX	MOITA BONITA/SE	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
EURICO C. S. NASCIMENTO	EURICO C. S. NASCIMENTO	DELEGACIA DE RIBEIRÓPOLIS	
1º Perito Relator	Cremese/Crose	2º Perito Relator	Cremese/Crose
DRª SOLANGE SOUSA LIMA	1250		AMDO-LAUDO Nº1481/2019
Local da Perícia	Tipo	Causa	
Sala do IML			

Historico/Descrição

Historico

O periciado informa que foi vítima de acidente de trânsito (motocicleta) no dia 17/10/2017, em Ribeirópolis-SE

Descrição

Ao exame observamos uma cicatriz hipertrófica medindo 1,0 x 0,6 cm, localizada no ombro esquerdo; e uma cicatriz cirúrgica linear medindo 6,0 cm de comprimento, localizada na face medial do tornozelo direito. Apresenta marcha claudicante, e deambula com ajuda de muleta. Segundo o relatório do Dr. Antonio E. Lara Arce CRM 2808, o paciente teve diagnóstico de fratura do maléolo tibial direito.

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Existe compatibilidade entre o histórico, os achados do exame, o relatório médico e a ação contundente. Não houve perigo de vida, porém se fez necessário afastamento de suas ocupações habituais por período superior a 30 dias. O periciado é portador de seqüela que resultou em dano permanente parcial incompleto de repercussão leve na função do membro inferior direito, equivalendo a 17,5% (25% de 70%).


Dr.ª Solange Souza Lima
Perita Médica Legista 1ª Classe
CREMESP - 1250



Conclusão

- 1-Houve ofensa a integridade física da vítima.
- 2- Ação foi contundente.
- 3- Portador de seqüela que resultou em dano permanente parcial incompleto de repercussão leve na função do membro inferior direito, equivalendo a 17,5% (25% de 70%).
- 4- Exame realizado às 16h04 do dia 13/02/2019.

Quesitos/respostas:

1º) Houve ofensa a integridade ou a saúde do paciente?

Sim.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa?

Contundente.

3º) A ofensa foi produzida com emprego de veneno, fogo, explosivo, asfixia, tortura ou por meio insidioso ou cruel, ou que podia resultar perigo comum?

Não.

4º) Da ofensa resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta (30) dias?

Sim.

5º) Da ofensa resultou perigo de vida?

Não.

6º) Da ofensa resultou incapacidade incurável perda ou inutilização de membro, sentido ou função ou deformidade permanente?

Portador de seqüela que resultou em dano permanente parcial incompleto de repercussão leve na função do membro inferior direito, equivalendo a 17,5% (25% de 70%).


DRª SOLANGE SOUSA LIMA
1250
Dr.ª Solange Souza Lima
Perita Médica Legista 1ª Classe
CREMESP - 1250

AMDO-LAUDO Nº1481/2019

**Laudo Pericial
Digitalizado**





Laudo Pericial
Digitalizado

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

014817/2019
IML-SE

3481/2019

REQUISIÇÃO DE LAUDO DE LESÃO CORPORAL

AO SENHOR MÉDICO PLANTONISTA DO IML (INSTITUTO MÉDICO LEGAL).

AUTORIDADE REQUISITANTE: EURICO CÉSAR SOUZA NASCIMENTO – DELEGADO DE RIBEIRÓPOLIS-SE

NATUREZA DA PERÍCIA: LESÕES CORPORAIS

REMETER O LAUDO PARA: DELEGACIA DE RIBEIRÓPOLIS/SE

PERICIANDO: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

SEXO: MASCULINO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: ESTUDANTE

R.G. Nº 40158900 SSP/SE GRAU DE INSTRUÇÃO: 2º GRAU INCOMPLETO

NATURALIDADE: ITABAIANA/SE

FILIAÇÃO: GIVANILSON MOTA DE JESUS E CLEIDINALVA DOS SANTOS

ENDEREÇO RESIDENCIAL: RUA NOSSA SENHORA DAS DORES, Nº 372, MOITA BONITA/SE

DATA DO FATO: 17/10/2017 HORA DO FATO: 17:30 HORAS

RESUMO DA OCORRÊNCIA: EXAME DE LESÕES COMPLEMENTARES
O ESTUDANTE ALAN ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA QUANDO A PILOTA PERDEU O CONTROLE AO TENTAR DESVIAR DE UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A VIA, OCORRENDO A QUEDA E CAUSANDO LESÕES CORPORAIS GRAVES.

RIBEIRÓPOLIS/SE, terça-feira, 11 de dezembro de 2018.
às 11:54

Eurico César Souza Nascimento
Delegado de Polícia Civil

DELEGADO TITULAR

Recebido em 11 dez. 18.

Assinatura do Periciando: _____

SSP GOVERNO DE SERGIPE
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIA

Recebi uma Guia de Exame Médico Legal

Apresentado para ser submetido a perícia-médica-legal de LESÕES CORPORAIS

Ficando a mesma registrada à página _____ sob o nº _____ do livro da Porta

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2018

O PORTEIRO

concl@policiacivil.se.gov.br

MBM
SEGURADOR

16 ABR 2019

DPVAT/RJ



1) DESTINATARIO:

M.B.M. SEGURADORAS S/A

RUA: ALVARO ALVIM, 21, 3º ANDAR - CENTRO

CEP - 20.031-010

TEL: 21.2223-0809

REMETENTE

JOSÉ BONIFÁCIO DE SOUZA

RUA: JOSÉ ANTÔNIO DOS PASSOS, 243 CASA

Ribeirópolis - SERGIPE CEP: 49.530-000

E-mail: UNIDOSSEGURAS19@G.MAIL.COM

CE: (79) 996066460

(79) 991358159



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, ALAN VITOR SANTOS DE JESUS, portador(a) da carteira de identidade nº 4.015.890-0 SSP/RJ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na RUA. NOSSA SENHORA DAS DORES, 4372, cidade NOVOA BRUNTA Estado SERGIPE, declaro sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Fui socorrido por populares

☐ Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento na cidade onde resido.

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 a análise da minha documentação sem a apresentação do comprovante de **Ato Declaratório**, concordando em prestar quaisquer esclarecimentos que justifiquem a ausência da referida declaração.

Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é garantia para liquidação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias pela Seguradora Lider para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao acidente.

NOVOA BRUNTA - SERGIPE 06 DE AGOSTO DE 2018

Local e Data

x Alan Vitor Santos de Jesus

Assinatura



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497010 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 17/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO FIBULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497010 **Cidade:** Ribeirópolis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS **Data do acidente:** 17/10/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO FIBULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

Outorgante: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua NOSSA SENHORA DAS DORES nº 370, bairro CENTRO, Município de MOITA BONITA, Estado de(o) SERGIPE, Cep 49.560-000, portador(a) do RG nº 4.015.890-0, SSP/SE e CPF nº 102.642.375-95

Outorgado: José Bonifácio de Gois, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão FUNCIONÁRIO PÚBLICO, residente e domiciliado(a) à Rua José Antonio dos Passos, nº 243, bairro Baixa Fria Município de Ribeirópolis., Estado de Sergipe Cep.: 49530-000 portador (a) do RG nº 883.307. SSPSE e CPF nº 336.316.205-78.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ALAN VITOR SANTOS DE JESUS ocorrido em 17/10/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

MOITA BONITA, SERGIPE 27 de JULHO de 2018

Alan Vitor Santos de Jesus
Outorgante
CPF Nº 102.642.375-95

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço (por autenticidade) a firma de: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385117/18

Vítima: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

CPF: 102.642.375-95

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 17/10/2017

Titular do CPF: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE BONIFACIO DE GOIS : 336.316.205-78

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

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS : 102.642.375-95

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018
Nome: JOSE BONIFACIO DE GOIS
CPF: 336.316.205-78

JOSE BONIFACIO DE GOIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: MICHELE DOMINGOS KLAUS
CPF: 014.491.660-67

MICHELE DOMINGOS KLAUS

Rio de Janeiro, 13 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

Nº Sinistro: 3180497010
ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

Data do Acidente: 17/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BONIFACIO DE GOIS

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180497010**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14298943



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

102.642.375-95

Nome completo da vítima

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALAN VITOR SANTOS DE JESUS		CPF titular da conta		Profissão ESTUDANTE	
Endereço RUA: NOSSA SENHORA DAS DORES.			Número 372	Complemento CASA	
Bairro CENTRO	Cidade MIRIA BONITA	Estado SERGIPE	CEP 49.560.000		
Email WIDASSSEGURAS19@G.MAIL.COM			Telefone (DDD) STN 996068460		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

4470

013

00007665

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

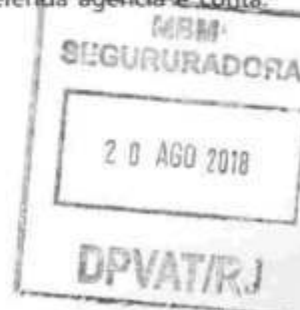
Ribeirópolis - sergipe 06 de ABRIL de 2018

Local e Data

Alan Vitor Santos de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPOSITO

23/07/2018 HORA: 15:30:39
DATA EFETIVACAO: 23/07
CONVENIO: 000158518
OPERADOR: ANA

AGENCIA: 4470
CONTA: 013.00007665-0
NOME: ALAN VITOR S DE JESUS

BRASIL
SEGURADORA

20 AGO 2018

BRASIL



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

POLÍCIA ON-LINE



DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE:(3449-1349

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2018/06583.0-000409 - Alterado

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Endereço: RUA RUI BARBOSA, CENTRO FONE:(3449-1349

FATO

Data e Hora do Fato: 17/10/2017 - 17:30 até 17/10/2017 - 17:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49530-000

Bairro: CENTRO Cidade: RIBEIRÓPOLIS/SE Circunscrição: DELEGACIA DE POLÍCIA DE RIBEIRÓPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

Nome do pai: GIVANILSON MOTA DE JESUS Nome da mãe: CLEIDINALVA DOS SANTOS

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 40158900 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 22/04/2000 Sexo: Masculino Cor da pele: Branca

Profissão: ESTUDANTE Estado civil: Solteiro Grau de instrução: 2º Grau Incompleto

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DAS DORES Número: 372 Complemento:

CEP: 49.500-400 Bairro: CENTRO Cidade: MOITA BONITA UF: SE

Proximidades: Telefone:

HISTÓRICO

O noticiante afirmou que estava transitando na garupa da motocicleta MODELO HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, ANO 2010, PLACA NVL-7390, CHASSI: 9C2JC4220AR411750, que estava sendo pilotada pela senhora MARIA ADANUSIA SANTANA SANT'ANNA, quando atrevessou um cachorro na via e ADANUSIA acabou perdendo o controle. A motocicleta caiu, causando o acidente. Diante a gravidade do acidente o noticiante sofreu fratura malroleo Fibular D, passou por tratamento cirúrgico e fisioterapia. O noticiante registra o fato para que possa dar entrada no seguro DPVAT.

Acrescentado por Andre Luiz Santos Nery - 11/07/2018 às 15:44

A condutora estava presente no momento do registro, e declara que estava envolvida no acidente.

Data e hora da comunicação: 11/07/2018 às 11:09

Responsável pela Alteração: Andre Luiz Santos Nery

Última Alteração: 11/07/2018 às 15:42

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 ser verdadeira: Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa.

Alan Vitor Santos de Jesus.
ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
Responsável pela comunicação

Andre Luiz Santos Nery
Responsável pelo preenchimento

A presente fotocópia confere com a original exibida nestas Notas. Dou Fé.
Ribeirópolis/SE. Telefone: 79-3449-1912

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Ribeirópolis -
27/07/2018 - 09:06:06
Selo TJSE 201829566009420
Acesse: www.tjse.jus.br/x/DX9G3Q

Ygor Nicolas Oliveira Freire
ESCREVÃO AUTORIZADO



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

CPF da Vítima

102.642.375-95

Data do Acidente

17/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

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.

MARIA BOMBA-SE 06 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Alan Vitor Santos de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CLINUS

HOSPITAL REG. DR. PEDRO GARCIA MORENO

MO BE: 470249

DATA: 17/10/2017 HORA: 19:34 USUARIO: RSANTOS
SETOR: 04-ORTOPEDIA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS DOC...:
17 ANOS NASC: 22/04/2000 SEXO...: MASCULINO
RUA RIBEIROPOLIS NUMERO:
CASA BAIRRO: CENTRO
RIBEIROPOLIS UF: SE CEP...: 49530-000
GIVANILSON MOTA DE JESUS /CLEIDINAL DOS SANTOS
A MAE TEL...: 998708888
RIBEIROPOLIS - SE
ACIDENTE MOTOCICLISTICO
NAO PLANO DE SAUDE...: NAO TRAUMA: NAO
NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

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

COMPLEMENTARES: ☒ RAIO X [] SANGUE [] URINA []
☐ LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

SINAIS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS:

Pdo. contusão de tornozelo mobilidade normal
bócio com dor no pulmão sub. 2^o e 3^o costelas

SINAIS DA ENFERMAGEM:

14 pulmão fr. múltiplos machucados

DIAGNOSTICO: Fr. múltiplos costelas

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

Anti 40 gmg + Dolo 500 + Anal + Cel

DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

PERMANECIA NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

REFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

[] ATÉ 48HS [] APÓS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO SEGURADOR

Diogo P. Santos
16/10/2017
CRM 123456

649

Diogo P. Santos
16/10/2017
CRM 123456

642



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP-PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO & CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificação do Paciente

Data de Nascimento

Tempo de Espera

Atendimento Urgência

Imediato Emergência

Busca espontânea

Constante

SAVL

Acidente de trabalho

Encaminhamento

Ambulância

Corpo de Bombeiros

Duração da Queixa:

História Progressiva:

DM

Cardiopatias

HLIS

Enfermidade

Tuberculose

Uso de Medicação:

Sim

Alergias:

Vão

Sim

Qual:

Sinais Vitais:

Escala de Coma de Glasgow:

Temperatura	Frequência Cardíaca	Frequência Respiratória	Tax. RC	PA (mmHg)	GLC (mmHg)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciência

Eupneico

Tosse

Normocárdico

Hipotensão

Reflexos

Ortopneia

Hemoptise

Hipertensão

Bradicardia

Força

Taquipneia

Secreção

Dor Torácica

Bradipneia

Atividade

Tir. Intercostal

Tir. Subcostal

Angina

Precordialgia

Estado

Dispneico

Bradipneico

P. Rítmica

P. Arritmico

Atividade

Taquicárdico

Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoarticular

Atividade

Anorexia

Náusea

C/Sedimentos

Artralgia

Atrofia

Atividade

Colúria

Hematuria

Gravidade

Cervicalgia

Lombalgia

Atividade

Gulçima

Polaciúria

Espasmos

Cãimbra

Atividade

Distúria

Enoprismo

Hemiparesia

Hemiplegia

Atividade

Beigona

Enoprismo

Paraplegia

Susp. Fratura/Quai?



Especialidade:

Clinico

Cirúrgico

Pediátrico

Ortopédico

Enfermagem

Classificação de Risco

Vermelho

Laranja

Amarelo

Verde

Branco

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data Hora

Evolução de Enfermagem

Data Hora

Anotação de Enfermagem