

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: 00000007665-0

Nr. da Autenticação 6D907A9B853C3731

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas 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 DIMINUIDA (++/+5), CICATRIZ CIRÚRGICA NA PROJEÇÃO DO MALÉOLO MEDIAL, ÁUMENTO DO VOLUME DO MALÉOLO MEDIAL (CALÓ ÓSSEO 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 causalidade: 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 de 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 Otávio Nascimento Júnior
Manoel Otávio Nascimento Júnior
Clínica e Auditório Médico
CRM 1827

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alan Vitor SANTOS DE JESUS

RG nº 4.015.890-0, data de expedição 08/12/2017 Órgão SSP/SE

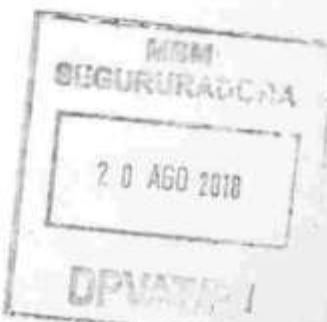
CPF nº 102.642.375-95, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA: Nossa SENHORA DAS DORES
Número	nº 372
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	MARICA BONITA
Estado	SENÁGIPÉ
CEP	49.560-000
Telefone de Contato	(79) 996066460 ou (79) 981358159
E-mail	UNIDOSSEGURANCA@GMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MARICA BONITA - SENÁGIPÉ 06 DE AGOSTO DE 2018

Assinatura do Declarante: Alan vitor Santos de Jesus





COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ARACAJU

SEDE: Rua Campo do Brito, 221, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49020-380

CNPJ: 13.018.171/0001-90 - INSC. EST: 37.051.034-2

FATURA MENSAL

0304175/18

309531_2

CPF:

XXX-XXX-XXXX

Nome do Cliente			
JOSE BONIFACIO DE GOIS			
Endereço			
RUA JOSE ANTONIO DOS PASSOS, 243, RIBEIROPOLIS, 49530-000			
Grupo Síntese Resumo/Lefatura	Data da Leitura	Motivo	Classificação Econômica
116011/00052	19/07/2018	A98N087216	RES: 1
Leit. Anterior	3698		
Leit. Atual	3711		
Consumo Faturado (m³)	13		
Média de consumo (m³)	16		
Ocorrência da Leitura			
Data da Leit. Anterior	18/06/18		
Dias de Consumo	30		
Média diária (m³)	0,53		
Previsão para Próx. Leit.	16/08/18		
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES			

Serviços	Valor
ÁGUA	2075,49
ESGOTO	0,00
VALOR TOTAL DA FATURA	
Mês Referência:	VENCIMENTO: 26/07/2018
07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 2075,49
INFORMAMOS AOS SENHORES USUARIOS, QUE O MANUAL DE SERVICOS DA DESO, ESTA DISPONIVEL NO NOSO ENDERECO ELETRONICO: 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.	

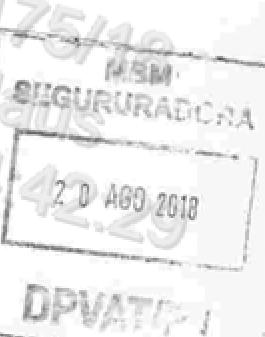
CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Conformes Totais	Especificação Col
Nº Minimo de Amostras Exigidas	32	10	32		32	
Nº de Amostras Analisadas	31	31	31		31	31
Nº Minimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2.814/2011	31	31	28		30	31

(Sinalização dos Parâmetros de Controle: Vale Verda)

Poder Autenticar no Verda



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 COAF²**.

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 JOSÉ BUNIFÁ(10 DE 6/15 inscrito (a) no CPF/CNPJ 336-316-205 / 78, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ALAN VITÓR SANTOS DE JESUS inscrito (a) no CPF sob o Nº 102.642.375 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDE da Vítima ALAN.VITÓR 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	Rua : <u>JOSÉ ANTONIO DOS PASSOS</u>	Número	<u>243</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>BAIXA FRIA</u>	Cidade	<u>RIBEIRÓPOLIS</u>	Estado	<u>SE</u>
Email	<u>UNID0SSEGURAS19@GMAIL.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 Bunifá de gonçalves
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA ADANUSIA SANTANA SANTIAGO,

RG nº 1.172.796, data de expedição 06/06/2011
Órgão SJF/SE, portador do CPF nº 695.622.535-20, com
domicílio na cidade de Ribeirópolis, no Estado de
SENGIPE, 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 / BRZ - 125 ES

Modelo: 2010

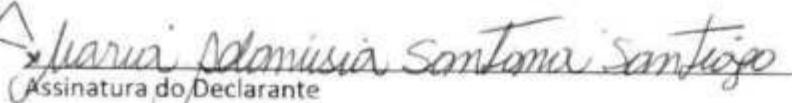
Ano: 2010

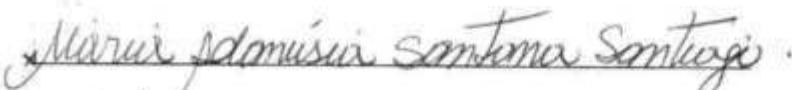
Placa: Q2JC4020 AR411756

Chassi: NUL7390

Data do Acidente: 17/10/2017

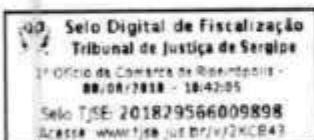
Local e Data: Ribeirópolis - Sengipe 06 de Agosto de 2018


Assinatura do Declarante



* 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 NICOLAS OLIVEIRA FREIRE
ESCREVENTE AUTORIZADO

~~Igor Nicollas Oliveira Freire
Escrivão de Peça~~



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Nº 100048521 - MESTO SOLIDARTE

2 - CNES

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

KELON VITOR SANTOS DE JESUS

6 - N° DO PRONTUÁRIO

SÍNTESE NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

898005818988955

7 - DATA DE NASCIMENTO

1 / 1

8 - SEXO

MASC

1

FEM.

3

10 - RACA/COR

NOME DA MÃE

500

12 - TELEFONE DE CONTATO

NOME DO RESPONSÁVEL

500

14 - TELEFONE DE CONTATO

ENDEREÇO: RUA MARQUES

16 - DDC

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

11 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FEBRIL MACROSCÓPICO BUCAL D.

22 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

PRINCIPAL CRONOLOGICO

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

Rx. TORACICO D. AP/ P

24 - DIAGNÓSTICO NÍCIA

- FEBRIL MACROSCÓPICO 5-820

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

RDFI

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030578

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Anderson Lemos
CRM 289 - TOT

CNS

1

CPF

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

37 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

38 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ/DA SEGU. RADAR

41 - N° DO BILHETE

42 - SÉRIE

39 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - CBCC

40 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

41 - EMPREGADO

42 - AUTÔNOMO

43 - DESEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEG. RADAR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNE

CPF

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

1

1

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR:

LEITO:

F-3

IDADE: 77a

SEXO: M

REG:

Monitorizar diariamente.

DATA HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicemia
17/06/2010 8:40	Paciente com dificuldade de vestir setor de clínica em grau moderado de sua resiliência acorda de vez em quando para ir ao banheiro Sabe-se que a unidade cirúrgica desfruta de Dr. Sá, professor de medicina clínica no HPS, Dr. Lopes medicamento. Até 7:30 am. 432463					
17/06/2010 7:30	Paciente encaminhado ao CP, para cirurgia ortopédica em fáscia					ANF: menor
17/06/2010 8:30	Paciente admitido neste setor provisório da clínica cirúrgica. Falso epineurico, craniotomia, em uso de máscara para submeter-se a tais exames de Dr. Sá. PCT em 50, monitorizado, oximetria de pulso, feito gup em offe com gelo nº 20	96	104			991. 65
17/06/2010 10:40	Início do ato anestésico sobre o paciente sem sedação e os cuidados de Dr. Roberto sem intercorrências. -x-x-					
17/06/2010 11:50	Início do ato cirúrgico, pct em decúbito dorsal, monitorizado, venoclisi- se, em g com lateter tipo oráculo Pm 2.0 Golde. Tensão peritoneal - baixa sem intercorrências. -x-x-x-	83	100			991. 72
17/06/2010 12:25	Termino do ato cirúrgico feito redução + reparo da fratura + evitativo compressivo pct encaminhado a SRPP sem queixas no momento. -x-x-					
17/06/2010 12:30	Paciente encaminhado a enfermaria paciente na leito, crâne, extirpado, epineurico, a- craniotomia, medicado, alimentado, F. F. ausentes, acompanhado em U.O. de 21pm MSE e sem nenhuma intercorrênci- ca.					

Andressa Alves de Almeida

Aux Enfermagem

CORENSE 641-554

Ana Paula Santos Mendonça

330515-TEC7628789-ANP

CORENSE

JCC x CC

mmg

BMO

Silvana Góes

CPOM 365861

20 AGO 2010

Itabaiana-Sergipe

DPVAT/RJ

Hospital Dr. Pedro Garcia Moreno Filho

SETOR F - 1

LEITO

Jian + Tere Sis de Jesus

DIA:

SEXO:

REG.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO	T	P	R	PA	Glicem.
04	22h	Administrado medicacão profenid IV. Conforme prescrição médica.					Auxiliar Enfermeiro ENFERMEIRO ENFERMEIRA ENFERMEIRAS
05	24h	Administradas as medica- ções: diphenic IV + cefalo- cina 250.					
06hs		Administrado medicacões de banho: Dipirona 500 IV, le- faltina 1g IV. Conforme pres- crições médica. Pelo passar o período sem intercorrência dúvida presente.					Sabatino San Assistente Enferm. 72
08h15		Paciente recebe alta hospitalar para casa, portando recete médica e orientações, em companhia da família. Relacionado.					



07/07/2018

Diagnóstico Pré-operatório:

PTA

Cirurgião:

DR ANTONIO LIMA

Anestesiologista:

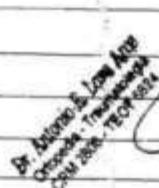
DR ROBERTO

Diag. Pos-operatório:

TRAVAS PELVICO DORSAL D.

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO

1. LIBERAS - DR ALBERTO
2. VULGARIS COMMAS
3. INCISAO PELVICO DIREITO DIREITO D.
4. DESEPARAR FASCIA
5. FIXACAO C/ PARAFUSA
6. SERRURA PELVICA PELVICO DIREITO D.
7. COLAR DVO
8. TIRAR OS GRAMICOS



Assinatura do cirurgião:

Av. 13 de junho, 776 – Centro – Telefone: 3432-9200 – Balneario-Sergipe

MISM
SEGURADORA

20 AGO 2018

DPVAT/PJ

FICHA DE ANESTESIA

NOME PLAN VIVIR SANTOS DE JESUS N° PRONTUARIO 475524
 CONVENIO SUS DATA 07/11/2014 SEXO MASC COR PQ IDADE 17 ANOS PESO

EST CIVIL SANGUE

SETOR MEDICO AMBULATORIO APT^o E FISICO(ASA) 01

TIPO PRE-OP FRAXURA DO MATELO TIBIAL DIRKHO

TIPO URGIA PROPOSTA FRAXA MATELO cirúrgico DA FRAXURA DO MATELO

TIPO POS-OP CORTADO

URGIA REALIZADA A PROPRIETA DE FIXACAO

PRE-ANESTESICO HORA EFEITO

URGIA 01 ANTONIO LACRA 1º AUXILIAR

AUXILIAR INSTRUMENTADOR EFEITO APL PAUCA

ALIENTE-HORA 150 1600 1700 1800 NDUCAO

1400 0

1300

1200

1100

1000

0900

0800

0700

0600

0500

0400

0300

0200

0100

0000

MANUTENCAO

01- FRAXA MATELO - FCOPECT

02- EXPLORACAO DO MATELO

03- DISSECCAO DO MATELO

04- OBTURACAO DO MATELO

05- DRENAGEM DO MATELO

06- MOLDEAMENTO MATELO

07- MOLDEAMENTO MATELO

08- MOLDEAMENTO MATELO

09- MOLDEAMENTO MATELO

10- MOLDEAMENTO MATELO

11- MOLDEAMENTO MATELO

12- MOLDEAMENTO MATELO

13- MOLDEAMENTO MATELO

14- MOLDEAMENTO MATELO

15- MOLDEAMENTO MATELO

16- MOLDEAMENTO MATELO

17- MOLDEAMENTO MATELO

18- MOLDEAMENTO MATELO

19- MOLDEAMENTO MATELO

20- MOLDEAMENTO MATELO

21- MOLDEAMENTO MATELO

22- MOLDEAMENTO MATELO

23- MOLDEAMENTO MATELO

24- MOLDEAMENTO MATELO

25- MOLDEAMENTO MATELO

26- MOLDEAMENTO MATELO

27- MOLDEAMENTO MATELO

28- MOLDEAMENTO MATELO

29- MOLDEAMENTO MATELO

30- MOLDEAMENTO MATELO

31- MOLDEAMENTO MATELO

32- MOLDEAMENTO MATELO

33- MOLDEAMENTO MATELO

34- MOLDEAMENTO MATELO

35- MOLDEAMENTO MATELO

36- MOLDEAMENTO MATELO

37- MOLDEAMENTO MATELO

38- MOLDEAMENTO MATELO

39- MOLDEAMENTO MATELO

40- MOLDEAMENTO MATELO

41- MOLDEAMENTO MATELO

42- MOLDEAMENTO MATELO

43- MOLDEAMENTO MATELO

44- MOLDEAMENTO MATELO

45- MOLDEAMENTO MATELO

46- MOLDEAMENTO MATELO

47- MOLDEAMENTO MATELO

48- MOLDEAMENTO MATELO

49- MOLDEAMENTO MATELO

50- MOLDEAMENTO MATELO

51- MOLDEAMENTO MATELO

52- MOLDEAMENTO MATELO

53- MOLDEAMENTO MATELO

54- MOLDEAMENTO MATELO

55- MOLDEAMENTO MATELO

56- MOLDEAMENTO MATELO

57- MOLDEAMENTO MATELO

58- MOLDEAMENTO MATELO

59- MOLDEAMENTO MATELO

60- MOLDEAMENTO MATELO

61- MOLDEAMENTO MATELO

62- MOLDEAMENTO MATELO

63- MOLDEAMENTO MATELO

64- MOLDEAMENTO MATELO

65- MOLDEAMENTO MATELO

66- MOLDEAMENTO MATELO

67- MOLDEAMENTO MATELO

68- MOLDEAMENTO MATELO

69- MOLDEAMENTO MATELO

70- MOLDEAMENTO MATELO

71- MOLDEAMENTO MATELO

72- MOLDEAMENTO MATELO

73- MOLDEAMENTO MATELO

74- MOLDEAMENTO MATELO

75- MOLDEAMENTO MATELO

76- MOLDEAMENTO MATELO

77- MOLDEAMENTO MATELO

78- MOLDEAMENTO MATELO

79- MOLDEAMENTO MATELO

80- MOLDEAMENTO MATELO

81- MOLDEAMENTO MATELO

82- MOLDEAMENTO MATELO

83- MOLDEAMENTO MATELO

84- MOLDEAMENTO MATELO

85- MOLDEAMENTO MATELO

86- MOLDEAMENTO MATELO

87- MOLDEAMENTO MATELO

88- MOLDEAMENTO MATELO

89- MOLDEAMENTO MATELO

90- MOLDEAMENTO MATELO

91- MOLDEAMENTO MATELO

92- MOLDEAMENTO MATELO

93- MOLDEAMENTO MATELO

94- MOLDEAMENTO MATELO

95- MOLDEAMENTO MATELO

96- MOLDEAMENTO MATELO

97- MOLDEAMENTO MATELO

98- MOLDEAMENTO MATELO

99- MOLDEAMENTO MATELO

100- MOLDEAMENTO MATELO

101- MOLDEAMENTO MATELO

102- MOLDEAMENTO MATELO

103- MOLDEAMENTO MATELO

104- MOLDEAMENTO MATELO

105- MOLDEAMENTO MATELO

106- MOLDEAMENTO MATELO

107- MOLDEAMENTO MATELO

108- MOLDEAMENTO MATELO

109- MOLDEAMENTO MATELO

110- MOLDEAMENTO MATELO

111- MOLDEAMENTO MATELO

112- MOLDEAMENTO MATELO

113- MOLDEAMENTO MATELO

114- MOLDEAMENTO MATELO

115- MOLDEAMENTO MATELO

116- MOLDEAMENTO MATELO

117- MOLDEAMENTO MATELO

118- MOLDEAMENTO MATELO

119- MOLDEAMENTO MATELO

120- MOLDEAMENTO MATELO

121- MOLDEAMENTO MATELO

122- MOLDEAMENTO MATELO

123- MOLDEAMENTO MATELO

124- MOLDEAMENTO MATELO

125- MOLDEAMENTO MATELO

126- MOLDEAMENTO MATELO

127- MOLDEAMENTO MATELO

128- MOLDEAMENTO MATELO

129- MOLDEAMENTO MATELO

130- MOLDEAMENTO MATELO

131- MOLDEAMENTO MATELO

132- MOLDEAMENTO MATELO

133- MOLDEAMENTO MATELO

134- MOLDEAMENTO MATELO

135- MOLDEAMENTO MATELO

136- MOLDEAMENTO MATELO

137- MOLDEAMENTO MATELO

138- MOLDEAMENTO MATELO

139- MOLDEAMENTO MATELO

140- MOLDEAMENTO MATELO

141- MOLDEAMENTO MATELO

142- MOLDEAMENTO MATELO

143- MOLDEAMENTO MATELO

144- MOLDEAMENTO MATELO

145- MOLDEAMENTO MATELO

146- MOLDEAMENTO MATELO

147- MOLDEAMENTO MATELO

148- MOLDEAMENTO MATELO

149- MOLDEAMENTO MATELO

150- MOLDEAMENTO MATELO

151- MOLDEAMENTO MATELO

152- MOLDEAMENTO MATELO

153- MOLDEAMENTO MATELO

154- MOLDEAMENTO MATELO

155- MOLDEAMENTO MATELO

156- MOLDEAMENTO MATELO

157- MOLDEAMENTO MATELO

158- MOLDEAMENTO MATELO

159- MOLDEAMENTO MATELO

160- MOLDEAMENTO MATELO

161- MOLDEAMENTO MATELO

162- MOLDEAMENTO MATELO

163- MOLDEAMENTO MATELO

164- MOLDEAMENTO MATELO

165- MOLDEAMENTO MATELO

166- MOLDEAMENTO MATELO

167- MOLDEAMENTO MATELO

168- MOLDEAMENTO MATELO

169- MOLDEAMENTO MATELO

170- MOLDEAMENTO MATELO

171- MOLDEAMENTO MATELO

172- MOLDEAMENTO MATELO

173- MOLDEAMENTO MATELO

174- MOLDEAMENTO MATELO

175- MOLDEAMENTO MATELO

176- MOLDEAMENTO MATELO

177- MOLDEAMENTO MATELO

178- MOLDEAMENTO MATELO

179- MOLDEAMENTO MATELO

180- MOLDEAMENTO MATELO

181- MOLDEAMENTO MATELO

182- MOLDEAMENTO MATELO

183- MOLDEAMENTO MATELO

184- MOLDEAMENTO MATELO

185- MOLDEAMENTO MATELO

186- MOLDEAMENTO MATELO

187- MOLDEAMENTO MATELO

188- MOLDEAMENTO MATELO

189- MOLDEAMENTO MATELO

190- MOLDEAMENTO MATELO

191- MOLDEAMENTO MATELO

192- MOLDEAMENTO MATELO

193- MOLDEAMENTO MATELO

194- MOLDEAMENTO MATELO

195- MOLDEAMENTO MATELO

196- MOLDEAMENTO MATELO

197- MOLDEAMENTO MATELO

198- MOLDEAMENTO MATELO

199- MOLDEAMENTO MATELO

200- MOLDEAMENTO MATELO

201- MOLDEAMENTO MATELO

202- MOLDEAMENTO MATELO

203- MOLDEAMENTO MATELO

204- MOLDEAMENTO MATELO

205- MOLDEAMENTO MATELO

206- MOLDEAMENTO MATELO

207- MOLDEAMENTO MATELO

208- MOLDEAMENTO MATELO

209- MOLDEAMENTO MATELO

210- MOLDEAMENTO MATELO

211- MOLDEAMENTO MATELO

212- MOLDEAMENTO MATELO

213- MOLDEAMENTO MATELO

214- MOLDEAMENTO MATELO



Relatório

Alan Victor Santos de Jesus, 18 anos de idade, diagnóstico clínico de Fratura de malleolo medial e distal.

Realizou 4 sessões de fisioterapia, neste município, dias de terça e quinta, no período de 22/03/2018 à 30/04/2018.

O objetivo da fisioterapia era fortalecer a musculatura estabilizadora do tornozelo e proprieções.

Após 10 sessões o mesmo relatou melhora do quadro clínico e não podia continuar o tratamento.

24/05/2018
Dr. Taise 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

1º 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/x3UM4CN

YGOR NICOLAS OLIVEIRA FREIRE
ESCREVENTE AUTORIZADO

Ygor Nicolas Oliveira Freire
Assunto Autorizado

20 AGO 2018

PPVAT/RJ

HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

PEON VIDA DE JESUS

RECONHECO

O PDIR SUPORTE AO
COMODISNOSIO DE
PROVA DO MESTRE
TIRASSE REALIZADA.
GRACIAS.

ANALISES FAVAS
CONVULSOSAS E REABILITACAO

CIO: 5-820

03/07/18

Da Antonio E. Lora Araújo
Oncopedia - Traumatologo
CRM 2024 - TECR 0024

Avenida 13 de Junho, 1175 - Centro - Itaparana-SE - Fone: (79) 3432-9200

A presente fotocópia confere com a original exhibida 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 201829566004421
Acesse: www.tjse.jus.br/x/20PH-B7

Ygor Nicolas Oliveira Freire
ESCREVENTE AUTORIZADO
Ygor Nicolas Oliveira Freire
Escrevente

MBM
SEGURADORA

20 AGO 2018

DPVAT/PI

Identificação do Estabelecimento de Saúde
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

Identificação do Estabelecimento Executante

4 - CNES

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE

NÚMERO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8980058J8988955

8 - DATA DE NASCIMENTO

/ /

9 - SEXO

MASC

FEM

10 - RACA / COR

3

NOME DA MÃE

11 - DDD

12 - FONE DE CONTATO

NOME DO RESPONSÁVEL

13 - DDD

14 - FONE DE CONTATO

ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)

15 - DOC

MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

16 - CODIGO MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

FIMANA MALARIA 11/10/18 14:40:14

22 - COINCUÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

INTL G KUASICO

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

PK. TORACICO D. DP/P

24 - DIAGNOSTICO INICIAL

25 - CID 10 PRINCIPAL

26 - CID 10 SECUNDÁRIO

27 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

FIM. MALARIA 5-820

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408030578

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

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

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - CPF

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

37 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

38 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CNAE DA EMPRESA

45 - CBOR

39 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CÓDIGO DA PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

41 - EMPREGADORA

42 - AUTÔNOMO

43 - IDÉSSEMPREGADO

44 - APOSENTADO

45 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

53 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - CNS

50 - CPF

51 - NÚMERO 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

plan work hours Jesus

RECORD NO 420160

O PCR SUPORTEADA
COM O DIAGNÓSTICO DE
PROBLEMAS DE MESTRADO
DESTE SEU RESUMO DE
TRABALHO.
GRACIAS.

C/D: J-820

03/07/18

Dr. Antonio E. Lora Arce
Cucapah - Tijuana
CRM 2003 - TEC07 5524

Aveiros 13 de junho de 2012 - Clientes - Itapetininga-SP - Fone: (19) 3432-9200

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

001 - Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
1º Ofício da Comarca de Rio do Fogo -
27/07/2018 - 08:07:20
Selo T-JSE 20182956609421
Acesse: www.tjse.jus.br/tc/2SPH-87

**IGOR NICOLAS OLIVEIRA FREIRE
ESCREVENTE ALVO DEDICADO**

MM
SEGURURADORA

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE
HOSPITAL DR PEDRO GARCIA MORENO FILHO

**Atestado
Médico**

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

SCARL VIANA REIS

portador(a) do RG: _____ órgão expedidor

foi atendido(a)

no dia 07/11/17 às 8:00 horas, necessitando de 60 dias
de repouso por motivo de doença. QD: 3 - 820

Local: ITABAIANA

Data:


Assinatura do Médico

Dr. Antonio E. Longo Aguiar
CRM-SE 10000
CNPJ 28.380.744/0001-02

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

22 OUT 2018

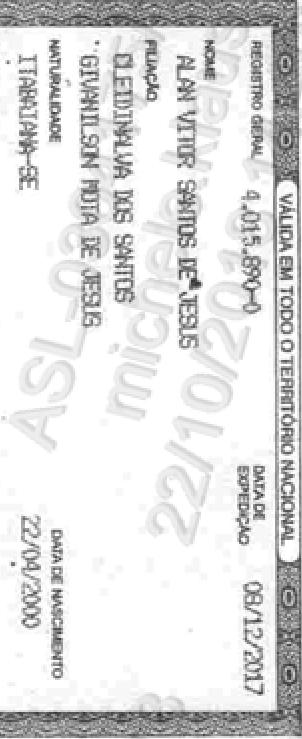
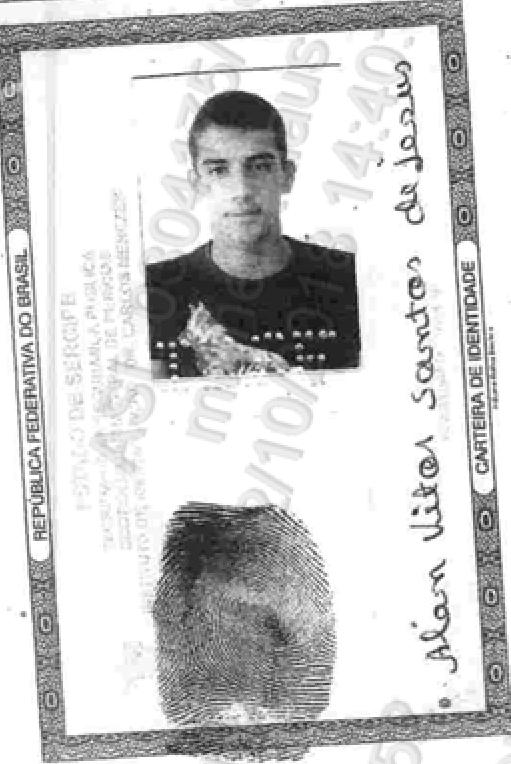


ASL-0304175/18
michele.klaus
22/10/2018 14:40:52

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



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

MSM
SEGURADORA
20 AGO 2018
DPVAT/2018



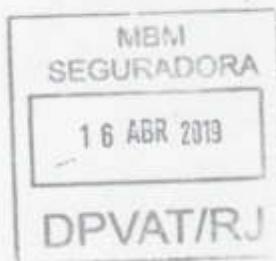
SE N° 013636982337 BILHETE DE SEGURO DPVAT		013636982337
ESTRÉ O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, CLIQUE AQUI www.seguradoralider.com.br		
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA SAC DPVAT 0800-022-1228		
		EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO -
		2017 30/11/2017
VIA Nº:	CPF / CNPJ 695.622.535-08	PLACA NVL7390
RENAVAM 2728328657	MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 ES	
ANO FAB 2010	DATA FAB 3	Nº CHASSI 9C2JTC42E0AN411756
PRÊMIO TARIFÁRIO		
PNS (R\$) 61,29	DENATRAN (R\$) 9,83	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IPF (R\$) 0,78	TAXA HABERDOR DE SEGURO (R\$) 1,65,58
PAGAMENTO		DATA DE CANCELAMENTO 29/11/2017
<input type="checkbox"/> DATA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
CNPJ 00.281.000/0001-01		

Laudo Pericial
Digitalizado

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
Lesões Corporais

ALAN VÍTOR SANTOS DE JESUS

LAUDO Nº 1481/2019



Laudo Pericial
Digitalizado



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERICIAS
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 Vítima

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

Historico/Descrição

Historico

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

Descrição

Ao exame observarmos 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.

Comentario Medico/Conclusão/Questões Respostas

Comentario 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
Perito Médico Legista 1º Classe
CREMSEB - 1250

MBM
SEGURADORA
16 ABR 2013
DPVAT/RJ



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%).



DR^a SOLANGE SOUSA LIMA

1250

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

AMDO-LAUDO N°1481/2019

Laudô Perícias
Digitalizado

MGM
SEGURADORA

16 ABR 2019

DPVAT/RJ





Laudo Periciado
Digitalizado

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

01481/2019
IML-SE

1481/2019

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 Portaria

Aracaju/SE, _____ de _____ de 2018

O PORTEIRO

concilioriacivil se nov hr

MBM SEGURADOR	16 ABR 2019
DPVAT/R	



1) DESTINATÁRIO:

M.B.M. SEGURADORA S/A

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

CEP: 20.031-010

Tel: 21.2223-0809

REMETENTE

JOSÉ BONIFÁCIO DE GOIS

RUA: JOSÉ ANTÔNIO DOS PASSOS, 243 CASA

Ribeirópolis - Sergipe CEP: 49.530-000

E-mail: UNIDOSSEGURAS19@GMAIL.COM

CE: (79) 996066460

(79) 981358159



REGISTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY

AR

PESO / WEIGHT

460
JT 20998471 3 BR



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, ALAN VITOR SANTOS DE JESUS, portador(a) da carteira de identidade nº 4.015.890-0 SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº , residente e domiciliado na Rua. NOSSA SENHORA DAS DORES, n° 372, cidade MUÍRA BUENITA 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.

MUÍRA BUENITA - SERGIPE 06 DE AGOSTO DE 2018

Local e Data

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 NSS NOSSA SENHORA DAS DORES nº 372, bairro CENTRO, Município de MUITA BONITA, Estado de(o) SERGIPE Cep 49.560-000 portador(a) do Rg nº 4.015.890 - 0, SSPSE e CPF nº 102.642.375-95

Outorgado: José Bonifacio 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 17/10/2017, 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.

MUITA BONITA - SE/SP/PE 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/10/2017

Titular do CPF: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE BONIFACIO DE GOIS

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.seguradoraslider.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



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 VITUR SANTOS DE JESUS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ALAN VITUR SANTOS DE JESUS	CPF titular da conta 372	Profissão ESTUDANTE
Enderéco RUA NOSSA SENHORA DAS DORES.	Número 372	Complemento 000
Bairro CENTRO	Cidade MUNICÍPIO BONITA	Estado SERGIPE
Email UNIDASSSEGURAS19@GMAIL.COM	CEP 49.560-000	Telefone (DDD) (+55) 996066460

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.: 4470 CONTA N.R.: 013 D/V 00007665 D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ N.R. _____
 AGÊNCIA N.R. _____ D/V _____ CONTA N.R. _____ D/V _____
 (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 AGOSTO de 2018

Local e Data

* Alan vitur Santos de Jesus

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

20 AGO 2018

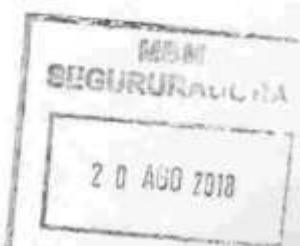
DPVAT/RJ

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



DEPARTAMENTO
DE POLÍTICAS PÚBLICAS



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: (03449) 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: (03449) 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 POLICIA DE RIBEIRÓPOLIS

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

VITIMA-NOTICIANTE

Nome: ALAN VITOR SANTOS DE JESUS

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

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-0 RG: 40158900 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: ITABAIANA Data de nascimento: 22/04/2000 Sexo: Masculino Cor da cutis: Parda

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

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

CEP: 49.500-000 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: 9C2JC4220AR411756, que estava sendo pilotada pela senhora MARIA ADANUSIA SANTANA SANTOS, quando atrevassou um cachorro na via e ADANUSIA acabou perdendo o controle da motocicleta caindo, causando o acidente. Diante a gravidade do acidente o noticiante sofreu fratura malrolo Fibular D, passou por tratamento cirúrgico e fisioterápico. O noticiante registrou o fato para a perícia da entrada no seguro DPVAT.

Acrecentado por André Luiz Bastos 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: André Luiz Bastos 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 - Provoca-se a ação da autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sobre não se ter verificado. Pena - detenção de um a seis meses, ou multa.

Alan Vitor Santos de Jesus.
 ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
 Faz jus ao direito de ser ouvidor pela comunicação

André Luiz Bastos Nery
 Responsável pelo preenchimento

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

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

Igor Nicolas Oliveira Freire
 ESCREVENTE AUTORIZADO
Igor Nicolas Oliveira
 Escrivão de Peça



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Name 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

Name completo do Representante Legal ALAN VITOR SANTOS DE JESUS	CPF do Representante legal 102.642.375-95
Email michele.klaus@gmail.com	Telefone (DDD) 11

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
Local e Data

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



STATUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

ID BE: 470249

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

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

ALAN VITOR SANTOS DE JESUS
 17 ANOS NASC: 22/04/2000
 RUA RIBEIROPOLIS
 CASA BAIRRO: CENTRO
 RIBEIROPOLIS UF: SE CEP...: 49530-710
 GIVANILSON MOTA DE JESUS /CLEIDINAL DOS SANTOS
 A MAE TEL...: 99870615
 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 [] TO
 LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

S CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____

Pdo. jato de arco molar molar molar
 dente em dor em dor sub. om. dor
 dor dor fe molar molar

ACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Fractura artic.

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

1000 mg + 1000 mg + 1000 mg + 1000 mg

DIA 11/10
 DIA FEIRA 11/10
 09:00 10:00 11:00
 12:00 13:00 14:00

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: / /

[] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INSCRIÇÃO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

INFERNERIA (UNIDADE DE SAUDE):

[] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] EML [] ANAT. PAT

FIRMA DO PACIENTE/RESPONSABILIZANTE

ASSINATURA E CARIMBO DE SEGURADORA

Diogo P.
 649

Diogo P.
 642



HOSPITAL REGIONAL DE ITABAIANA

Dr. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

UP-PRONTO SOCORRO

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Identificação do Paciente

Data de Nascimento:

Tempo de Espera

1 a 30 min - 1 hora

imediato / Emergencial

Busca espontânea
Encaminhamento

Gestante
Ambulância

SAME

Acidente de trabalho
Corpo de Bombeiro

Duração da Queixa:

História Pregressa:

Cardiopânico

HLTS

Síncope

Tuberculose

Uso de Medicação:

Sim

Alergias:

Sim

Quais?

Sinais Vitais:

Escala de Coma de Glasgow:

Pressão Arterial	Frequência Cardíaca	Pa (mmHg)	GLC (mmHg)	Peso (kg)	Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL
------------------	---------------------	-----------	------------	-----------	-----------------	-----------------	-----------------	-------

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

Gastrointestinal

Sistema Geniturinário

Sistema Osteoparticular

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↑↑↑↑↑

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↔↔↔↔↔

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

↓↓↓↓↓

Especialidade:

Clínico

Cirúrgico

Pediátrico

Ortopédico

Enfermagem

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data / Hora

Evolução de Enfermagem

Data / Hora

Anotação de Enfermagem