

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: 24/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VAGNO NUNES DA MOTA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00018

CONTA: 000000010170-5

Nr. da Autenticação 9E10A93240D94EEF

**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: 3200003544
Nome do(a) Examinado(a): Vagno Nunes da Mota
Endereço do(a) Examinado(a): Povoado Jaramataia, S/N Casa
Area Rural Gararu SE CEP: 49830-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 3144771-6
Data local do acidente: [09/08/2019]
Data local do exame: [17/01/2020] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: O QUADRO FOI TRATADO COM TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO COM FRATURA DO OSSO FRONTAL, FRATURA E SUTURA DO FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL E SUPERCÍLIO.
Complicações: DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA COM CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA
Data da Alta: 12/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO.
PERICIA DO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.
- 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 RESIDUAL CRÂNIO FACIAL.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias | <input type="checkbox"/> "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): LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS % do dano: <input checked="" type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela): % do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827

energisa

ENERGISA SERGIPE DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
Rua Manoel Antônio Sales, 31 - Jacaré e Sábias
Aparecida/SE - CEP 49040-150
11 33 017 4620/0001-653 - Fax: 33 710 767 436
C/C Conta de Energia Elétrica Nº 019 208 482
Cód. para Digitação: 00005517258

Rua Min Amador Sales, 31 - Itapicacioba
Aracaju/SE. CEP 49040-150
Fones: (067) 4623001-65. Int. Ext. 270 767 436
Fax: (067) 4623001-65. E-mail: contas@energia.elnora.com.br
Site: www.energia.elnora.com.br
Cad. em: Dth. Autenticação: 00000517200

asked me to call 0800 79 0196

CPF/CNPJ/RANI

039.669.005-17

1-800-899-6600

31851738-5

100

| Consumo | Días |
|---------|------|
| 56 | 20 |

000 0000 000 000

VERGARA, J. J.
18/12/2019

1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 26

| | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 11 | 14 | 21 | 24 | 26 | 29 | 31 | 34 |
|----|----|----|----|----|----|----|----|

4c0.2b72.

| Composição do Consumo | | Valor (R\$) | % |
|---------------------------------|--|--------------|---------------|
| Discriminação | | | |
| Costo Dos Serviços Públicos | | 9.01 | 22.25 |
| Costo De Energia | | 8.29 | 20.47 |
| Costo De Transporte | | 0.63 | 1.57 |
| Costo De Manutenção e Melhorias | | 1.20 | 3.00 |
| Costo De Depreciação e Encargos | | 1.89 | 4.70 |
| Serviços | | 0.00 | 0.00 |
| Total | | 19.92 | 100.00 |

| Indicadores de Qualidade | | | Unidade de Tensão (V) | |
|--------------------------|-----------|-----|-----------------------|--|
| Limites da ANEL | Aquisição | | | |
| DE VENTILADOR | 1 | 1 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 2 | 2 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 3 | 3 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 4 | 4 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 5 | 5 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 6 | 6 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 7 | 7 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 8 | 8 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 9 | 9 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 10 | 10 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 11 | 11 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 12 | 12 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 13 | 13 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 14 | 14 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 15 | 15 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 16 | 16 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 17 | 17 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 18 | 18 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 19 | 19 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 20 | 20 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 21 | 21 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 22 | 22 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 23 | 23 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 24 | 24 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 25 | 25 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 26 | 26 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 27 | 27 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 28 | 28 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 29 | 29 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 30 | 30 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 31 | 31 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 32 | 32 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 33 | 33 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 34 | 34 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 35 | 35 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 36 | 36 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 37 | 37 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 38 | 38 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 39 | 39 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 40 | 40 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 41 | 41 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 42 | 42 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 43 | 43 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 44 | 44 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 45 | 45 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 46 | 46 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 47 | 47 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 48 | 48 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 49 | 49 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 50 | 50 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 51 | 51 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 52 | 52 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 53 | 53 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 54 | 54 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 55 | 55 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 56 | 56 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 57 | 57 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 58 | 58 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 59 | 59 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 60 | 60 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 61 | 61 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 62 | 62 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 63 | 63 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 64 | 64 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 65 | 65 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 66 | 66 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 67 | 67 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 68 | 68 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 69 | 69 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 70 | 70 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 71 | 71 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 72 | 72 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 73 | 73 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 74 | 74 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 75 | 75 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 76 | 76 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 77 | 77 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 78 | 78 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 79 | 79 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 80 | 80 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 81 | 81 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 82 | 82 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 83 | 83 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 84 | 84 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 85 | 85 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 86 | 86 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 87 | 87 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 88 | 88 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 89 | 89 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 90 | 90 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 91 | 91 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 92 | 92 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 93 | 93 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 94 | 94 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 95 | 95 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 96 | 96 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 97 | 97 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 98 | 98 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 99 | 99 | 115 | |
| DE VENTILADOR | 100 | 100 | 115 | |

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
RUA DOS BLOCS 2017 / CASA A - BLOCS
NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49800000 (49-430)



Ligação: BIFÁSICO
Código: RES-MTC-81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: S-435-340-7291 Referência: Out / 2019
Medidor: E6000348123 Emissão: 10/10/2019

ENERGISA SEROPEDIGITRE ENERGIA SA
Rua Minas Gerais 51 - Inova Brasília
Anexo: SE-CEP-43040-150
CNPJ: 13.017.462/0001-83 Ins. Est: 270.797.496
Nota Fiscal: Centro de Energia Eletrônica 1/01/17 200.011
Cód. para Div. Automática: 00009127879

Atendimento ao Cliente: **ENERGISA 08000 79 0196** Acesso: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RAB |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| * Out / 2019 | 10/10/2019 | 08/11/2019 | 020.002.875-00 |

UC (Unidade Consumidora): **3/912787-9**

Canal de contato

Conheça a Orelha, nossa identidade virtual do WhatsApp!
Ela pode te ajudar com informações sobre energia,
enviar a segunda via da conta de energia,
e até fazer o pedido de instalação.
Se você quiser falar com o atendimento humano, basta digitar
79 912787-9.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|------------------|----------------|------------------|----------------|------|
| Data 10/09/19 | Letura 8421 | Data 10/10/19 | Letura 9509 | |

Demonstrativo

| CC | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base | Cob. Arg. | Imposto | Base Calc. | Pot. (kW) | Cob. (R\$) |
|------|-------------------------------------|------------|----------|------------|-----------|---------|------------|-----------|------------|
| 0001 | Consumo em kWh | 38.000 | 0.195520 | 7.428,80 | 58,75 | 28 | 12,89 | 68,75 | 0,80 |
| 0001 | Adic. B. Variável | | | 0,31 | 3,31 | 25 | 0,82 | 3,31 | 0,03 |
| 0001 | Adic. B. Amortiz. | | | 0,64 | 0,84 | 25 | 0,16 | 0,84 | 0,02 |
| 0001 | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | |
| 0001 | CONTROLE LUM. PÚBLICA | | | 0,00 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0004 | DIÁRIOS DE MORA DE 2019 | | | 0,04 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0005 | MULTA DE 2019 | | | 7,08 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 0001 | REEST. B. ANUAL RESIDENCIAL DE 2019 | | | -0,07 | 0,00 | 0 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 87,81 70,10 17,81 70,10 0,68 2,92
Tarifa - Tributos 0,000720

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
17/10/2019 **R\$ 80,51**

Histórico de Consumo (kWh)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----|----|
| 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 |
| Out/18 | Nov/18 | Dez/18 | Jan/19 | Fev/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | | |

RESERVADO AO FISCO
7c58.c680.aaf.17a8.26de.123e.3e3e.d825.

| Indicadores de Qualidade | Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|--------------------------|------------------|---------|----------------------|
| TEMPO DE ATENDIMENTO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |
| TEMPO DE REPARAÇÃO | 15 min | 0,00 | NORMAL |

ATENÇÃO

Atenção: A responsabilidade por danos decorrentes de falhas de energia é da Prefeitura do Município.

Futuras em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 03087.893006 03406.857171 1 80450000008051
PAGADOR: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA - CPF/CNPJ: 020.002.875-00
RUA DOS BLOCS 2017 / CASA A - BLOCS - NOSSA SENHORA DA GLORIA / SE CEP: 49800000
Número: 3087893003408957 R. Documento: 000912787201210 Data de Vencimento: 17/10/2019 Valor do Documento: R\$ 80,51 Valor F320
BENEFICIÁRIO: ENERGISA SEROPEDIGITRE ENERGIA SA CNPJ: 13.017.462/0001-83
Rua Minas Gerais 51 - Inova Brasília - Anexo: SE - CEP: 49040-150
Agência / Código do beneficiário: 5064-5 / 173003-4

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOC/INFORMAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Jose Marcos De Oliveira Rosa

inscrito (a) no CPF/CNPJ 000.003.675 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Vagner Nunes da Mata inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.433.585 / 32

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Vagner Nunes da Mata

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.433.585 / 32, 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 Dos Silos</u> | Número: <u>212</u> | Complemento: <u>Casa 1</u> |
| Bairro: <u>Silos</u> | Cidade: <u>Novo Senhores da Glória</u> | Estado: <u>SE</u> |
| E-mail: <u>marcosdegloia@gmail.com</u> | CEP: <u>49680-000</u> | Tel.(DDD): <u>79-99918-9202</u> |

Local e Data: Novo Senhores da Glória; 03.01.2020

Jose Marcos De Oliveira Rosa

Assinatura do Declarante

NOME DO PACIENTE: Vilma Nunes da SilvaDATA DA ENTRADA: 29/08/2019DATA DA SAÍDA: 12/08/2019

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

INTERNAMENTO: PS ☒ ENFERMARIA ☒ UTI ()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente com história de hipertensão arterial sistêmica, em uso de medicação, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica. Foi encaminhado para avaliação de rotina de rotina de rotina.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

Teste de urina: negativo para glicose, albumina e outros.

MÉDICOS ASSISTENTES:

Silvio C. V. Almeida

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

ARACAJU, 12 de Agosto de 2019

Dr. Silvio C. V. Almeida

SAMA / HUSE

CRM 2510

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

No. DO BE: 34390
CNS:DATA: 09/08/2019 HORA: 13:03 USUARIO: CMSLEITE
SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : VAGNO NUNES DA MOTA
 IDADE.....: 36 ANOS NASC: 02/10/1982
 ENDEREÇO.....: POVOADO JARAMATAIA
 COMPLEMENTO....: 702607231060647 BAIRRO:
 MUNICIPIO.....: GARARU
 NOME PAI/MAE...: ALFREDO NUNES LINO
 RESPONSÁVEL....: TRAZIDO PELO SAMU - ALIANE - IRMA
 PROCEDENCIA...: GARARU
 ATENDIMENTO....: COLISAO MOTO X MOTO
 CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE.....: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

DOC....: 31447716
 SEXO...: MASCULII
 NUMERO:
 UF: SE CEP....: -
 /MARIA NEIDE LINO
 TEL....: 7999040

TRAUMA: NAO

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

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

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

DADOS CLINICOS: *Lesão em cabeça.* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *1*

Paciente trazido pelo SAMU sob protocolo com relato de colisao moto x
 carro cerca 5 horas. Refere vômito. Nega síncope ou outras queixas.
 to de 03 episódios de vômitos. Nega alergia, uso de medicamentos.

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Vermelhos. A: Visão clara, pupila, de conserto. C: pulsos distais cheios. T:
 B: tórax estável, simétrico, de evidência de fraturas. *10/08/19*

DIAGNOSTICO: *Lesão lacunar contusa em região parietal esquerda, e*

usos parietal bilateral. Sem outras alterações. Diagnóstico de
lesões parietais. Adeno medula. Lóculo. Pêlo extar.
Realizado Trauma Torácico, e Radiografia no SA

① K/flu, 2g, 6U. *13/30*

② Soluto Venomunipio e BUCF.

③ Soluto Raio x de tórax AP + Pulso AP.

DATA DA SAÍDA: *1/1*

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS

FAMÍLIA [] IMI

HORARIO: *10/08/19*

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

ASSINATURA DO MEDICO

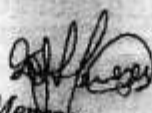
ASSINATURA DO MEDICO

Suelo Matos de Loureiro
COORDENADOR / HUSE
4.914


09/08/2019 - 13:30h

vida endógena e pessoais

As crianças da equipe de end. de nos.


Tiago de Jesus Menezes
Neurologia Intervencionista
Neurocirurgia
CRM/SE 3546

BNFD A exame físico, observado ferimento corto-contuso em região de supercílio, com suspeita de fratura. A TC confirma fratura de parede anterior da caixa frontal, com discreto deslocamento. Paciente teve ferimento suturado e o tratamento da fratura será conservador. Paciente liberado pela especialidade e encaminhado ao ambulatório de retorno após regressão do edema.


Carlos Augusto J. S. de Oliveira
Ortopedia Maxilo-Facial
CRM/SE 1284

original A natural 16 out 2019
2019/10/16 14:15:12
CRM/SE 1284

PRESCRIÇÃO MÉDICA

LEITO:

NOME VAGNO NUNES DA MOTA

IDADE 36

DIAGNÓSTICOS FRATURA DE OSSO FRONTAL E DA FACE

| # | PRESCRIÇÃO | HORÁRIOS |
|----|---|-----------------|
| 1 | DIETA ORAL BRANDA LAXATIVA | SND |
| 2 | SF 1500ML IV EM 24H | 500 500 500 500 |
| 3 | DIPIRONA 01AMP + AD IV 6/6H | 08 24 20 10 05 |
| 4 | PROFENID 100 MG + SF 100ML IV 12/12H | 12 12 12 12 |
| 5 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV 06/06H SE DOR REFRATÁRIA | SOS 12/0 12/10 |
| 6 | MORFINA 10MG/ML + 09ML AD - ADMINISTRAR 03ML DA SOLUÇÃO EV ACM | ACM |
| 7 | PLASIL 01AMP + AD IV 8/8H SE NÁUSEAS | SOS |
| 8 | CAPTOPRIL 25MG VNSE SE PA ≥ 160x90MMHG | SOS |
| 9 | HALDOL 05 MG IM SE AGITAÇÃO | SOS |
| 10 | DIAZEPAM 10MG + AD EV LENTO SE CRISE CONVULSIVA | SOS 12/05 |
| 11 | OMEPRAZOL 01 AMP + AD IV AS 06H | 26 (11/08) |
| 12 | CLEXANE 40 MG SC 1X/DIA | 08 |
| 13 | LACTULONA OU OLEO MINERAL 30 ML VO 8/8H SOS | SOS |
| 14 | CABECEIRA ELEVADA A 30° | ATENÇÃO |
| 15 | GLICEMIA CAPILAR 1X/DIA 1) VALOR: (HORA :); 2) (:); 3) (:); 4) (:) | |
| 16 | INSULINA REGULAR SC, CONFORME GLICEMIA CAPILAR (MG/DL): <180 = 00 UI; 181-200 = 02UI; 201-250 = 04UI; 251-300 = 06UI; 301-350 = 08UI; 351-400 = 10UI; >400 = 12UI | |
| 17 | GLICOSE A 50% 04 MP SE GLICEMIA < 70MG/DL; REPETIR HGT APÓS 20 MINUTOS; SE PERSISTIR, COMUNICAR MÉDICO ASSISTENTE | |
| 18 | FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATÓRIA 2X/DIA | |
| 19 | SSVV+ CCGG + VIGILÂNCIA NEUROLÓGICA 06/06h | |
| 20 | Solicitado TC de crânio de controle | OK! |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |

Nome do Paciente: Vagner Nunes de Mota.

Idade: 36a

Sexo:

Unidade de Produção:

Leito:

Nº do Prontuário:

09/08/19.

NEUROCIRURGIA.

Adulto paciente procedente de Jaraguá - SE, vítima de acidente de moto sem capacete helm.

Exame físico:

Aberto, ECO - 15.

mov os 4 membros.

Pupilas 2+/2+

FCO espontâneo esquerdo.

TCC a/c:

- espessura espinal c/ deslocamento da parede anterior do seio espinal,

- sem sinais de pneumoencefalo,

- sem sinais de contusão ou hemorragia intracranial.

Plano: tratamento conservador;

a retina.

Tiago de Jesus Menezes
Neurocirurgia Intervencionista
Neurocirurgia
CRM/SE 3546

[Assinatura]

Parabéns a todos os alunos de português.
Muito obrigado a todos os pais e alunos.
F.M. Martins

Dr. E. J. ...
Georgia
SE 5162

Parasitic plants, or plants or animals
E. L. Nelson
with Alice Hargrave

E tempo, segundo Collet que mora muito ali, não anda profusamente palpável no Jato.

~~CONFIDENTIAL~~



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Nome do Paciente: Uagino Nunes da Costa

Idade: 36

Sexo: M

U.P.: trauma

Matrícula: 34390

| EVOLUÇÃO | |
|-------------|---|
| 10/08 08:00 | Acordado, consciência, orientado, verbalizando, eupórico, sem queixas, em companhia de familiares, em uso de AVP com dióxido de nêutro fluído bem. Administrado medicamentos de horário. Renovado terapêutica. Tec. Motra. 540344 |
| 10:00 | Sem queixas e intercorrências. Tec. Motra. 540344 |
| 12:00 | Administrado medicamentos de horário. Tec. Motra. 540344 |
| 14:00 | Administrado medicamentos de horário. Tec. Motra. 540344 |
| 16:00 | Sem queixas e intercorrências. Tec. Motra. 540344 |

PRONTO SOCORRO ADULTO

HUSE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Vagner Nunes da Costa Idade: 36a Data: 09/08/2019

| DATA | HORA | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|-------|------|---|------------|
| 15/08 | | 1) Diet. geral - VO | |
| | | 2) DV de 4/4h | |
| | | 3) Cefalexina 500mg a 30° | |
| | | 4) Zidovudina - 2ml - EV - 6/6h (SO) | 19 SOS |
| | | 5) Clonit 2ml - EV 8/8h - (SO) | SOS |
| | | 6) Ranitidina - 2ml + EV 8/8h (SO) | 20 08 |
| | | AD - 18ml | |
| 20 | | 7) Cefalexina - 1gr - EV 6/6h | 20 08 |
| 20 | | 8) Metoprolol - 500mg - EV - 8/8h | 28 06 14 |
| | | 9) SFT - 500ml - EV 8/8h | Soo Soo So |
| | | 10) A Sutura | |
| | | 11) Adm. curativos da equipe de ENT. NR | |
| | | 12) Propofol 100mg + EV 20/20h | 21 12 |
| | | SFT 100ml 100ml | |

Wagner de Jesus Menezes
Neuroradiologia intervencionista
Neurocirurgia
CRM/SE 3546

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. 3ª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

HUSE VERDE TRAVESSIA DR. LUIS CARLOS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE

VAGNER ALVES DA MOTA

SEXO

MASC

NASCIDO EM

02-10-1982

MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

pac. vítima de queda de moto, com
lesão profunda contusa na região
frontal com exposição de meninges
excepcional

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Análise e conduta

Dr. Agamenon Gomes Jr.
Clínica Médica / Urgência
F. 3840 - 05

DATA DO ENCAMINHAMENTO

08.12

Agamenon

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

10:22'

Sta 100 Mascara de vidro

FE 75

FV 60P

PD 140/80

Dextro 93

Temp. 35.89

Enc. cap. < 2A

Entrada as 08:00 / duas punções periferia BE, BD

SA COLETA = 300ML

RO FISIOLÓGICO 250ML

HOSPITAL DE URGENCIAS DE SERGIPE - HUSE

FICHA DE INTERNACAO
IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Reg. Definitivo....: 3877
 Numero do CNS.....: 0000000000000000
 Nome.....: VAGNO NUNES DA MOTA
 Documento.....: 31447716 Tipo :
 Data de Nascimento: 2/10/1982 Idade: 36 anos
 Sexo.....: MASCULINO
 Responsavel.....: ALFREDO NUNES LINO
 Nome da Mae.....: MARIA NEIDE LINO
 Endereco.....: POVOADO JARAMATAIA (702607231060647) SUS
 Bairro.....: Cep.: 00000-000
 Telefone.....: 7999040608
 Municipio.....: 2802403 - - SE
 Nacionalidade.....: BRASILEIRO
 Naturalidade.....: SERGIPE

DADOS DA INTERNACAO

Forma de Entrada...: 4 - EMERGENCIA No. do BE: 34390
 Clinica.....: 945 - PS VERDE TRAUMA II
 Leito.....: 999.0041
 Data da Internacao: 09/08/2019
 Hora da Internacao: 23:38
 Medico Solicitante: 694.955.055-34 - WAGNER JOSE ANDRADE SANTOS
 Proced. Solicitado: NAO INFORMADO
 Diagnostico.....: NAO INFORMADO
 Identif. Operador.: AAOLIVEIRA

INFORMACOES DE SAIDA

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

FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

| | | | | | |
|--|---|------------------------------------|---|---|--------------------------|
| NUMERO DA FICHA | | DATA | | HORA | |
| | | 9/8/2019 | | 07:44 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | RECEPCIONISTA | | | |
| | | KELLY FABIANA | | | |
| NOME: | | VAGNER NUNES DA MOTA | | NASC: | 2/10/1982 |
| RG: | | | | | |
| CARTÃO SUS: | | IDADE: | 36 | SEXO: | X MASC - FEM |
| ENDEREÇO: | POVOADO JEREMATAIA | | Nº | BAIRRO: | ZONA RURAL |
| MUNICÍPIO: | GARARU | UF: | SERGIPE | CEP: | 49830 000 |
| MÃE: | MARIA NEUDELINO | | PAI: | ALFREDO NUNES NETO | |
| RESPONSÁVEL: | TEL: | | | | |
| PROCEDÊNCIA: | QUEIXA: ACIDENTE DE MOTO | | | | |
| TIPO ATEND: | <input checked="" type="checkbox"/> URGÊNCIA / EMERGÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> CL. MÉDICA <input type="checkbox"/> PEDIATRIA <input type="checkbox"/> OBSTETRICIA | | | | |
| CASO POLICIAL | <input type="checkbox"/> | ACIDENT. TRAB | <input type="checkbox"/> | TRAUMA | <input type="checkbox"/> |
| VEIO DE AMBULANCIA | <input type="checkbox"/> | | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES: | <input type="checkbox"/> RAIO - X <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> LIQUOR <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> TC | | | | |
| SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS: | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | | | | |
| ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM: | | | | USO DE MEDICAÇÃO: | |
| | | | | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | |
| QUAIS: | | | | | |
| DADOS CLÍNICOS | | | DATA PRIMEIROS SINTOMAS | | |
| <p>pac. vítima de queda de moto, com fraturas em crânio, com exposto de fratura exposta.</p> <p>Sol: 98% PA: 120/80</p> | | | | | |
| DIAGNOSTICO: | | | | | |
| <p>TCF 74x poligão da tontoi do crânio</p> | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO DA MEDICAÇÃO | | |
| <p>Adm. 05/08/15h</p> <p>Maíza Soares dos Santos</p> <p>COREN-SE 338672-TE</p> <p>Guil 500 mg</p> <p>GF 500 mg</p> <p>Journal 10 mg no sat</p> <p>Sonda 8°16</p> <p>02 unido Lab m. Huidm 5x</p> <p>It do crânio</p> | | | <p>Paulo Victor Melo Brito</p> <p>COREN-SE 414 199-15</p> <p>8:00</p> | | |
| DATA DA SAÍDA | | | HORA DA SAÍDA | | |
| ALTA | DECISAO MÉDICA | A PEDIDO | EVASÃO | DESISTENCIA | |
| INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): | | | | | |
| TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): | | | | | |
| <p>Dr. Sydney Correia Leão</p> <p>CRM-SE 4403</p> <p>Clinica Geral/Patologia</p> | | | | | |
| OBITO: | <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HS | <input type="checkbox"/> APÓS 48HS | HORA DO ÓBITO: | | |
| ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL | | | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO | | |

ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA

Quaximim (Fratura de base do maxilar) PROFISSÃO

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

ANAMNESE DE ENFERMAGEM

TIPO FC: 81 bpm SP02: 97% a 102% HORARIO 5: 15: 15
ALERTA/ORIENTADO ☒ LETÁRGICO ☐ OBNUBILADO ☐ TORPOROSO ☐ COMATOSO ☐ OUTROS ☐

HISTORIA PREGRESSA

☐ DIABETES
 ☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
 ☐ CARDIOPATIA
 ☒ AVC
 ☐ OUTROS: _____
 QUAIS: _____

ALERGIAS / INTOLERÂNCIA

Dr. Sydney Co. reia Leão

SINAIS VITAIS CRM-SE 4403

Glicose Clínica Geral/Patologia

mg/dl / mmHG bpm Temperatura °C Frequência Respiratória /min Saturaçao de Oxigenio % Peso kg

| | | | |
|----------|---------|-------|------|
| VERMELHO | AMARELO | VERDE | AZUL |
|----------|---------|-------|------|

OBSERVAÇÃO:

Dr. Sydney Correia Lado

ENTENDIMENTO MÉDICO

PRESCRIÇÃO MÉDICA: CRM-SE 4403
Clínica Geral/Patologia

*contato dr. Bruno Vaz, médico, 10 minutos e outro
na casa do novo contato: v. de M. ...
dr. ...*

[illegible]**EVOLUÇÃO MEDICA**

HOSPITAL REGIONAL DE GLORIA:

Realização de Exame de Raio-X / TFO

e. Profundidade da lesão: 5 mm
 Tipo de lesão: 02
 Inicial: 02
 Final: 02
 Total: 02

COD. PROC. 2955 QUANT. 01
 COD. PROC. 2955 QUANT. 01

REGISTRO DE ENFERMAGEM

[illegible]

ORÁRIO DE SAÍDA:

Assinatura e Carimbo

Vagner Nunes da Costa EVOLUÇÃO DA FISIOTERAPIA

09.08.2019 Pac. vítima de acidente automobilístico motor com
maneira motor, vítima de lesão cerebral de origem
encefálica, Glasgow de 15, desprotegido, apresenta
um episódio de convulsão, foi em sala para fazer
nel a fisioterapia caso RIK.

João Gervásio Santos Lima
Fisioterapeuta
CREFITO 248108/F

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE

Regina Nunes de Mota

ENFERMARIA

Centohidropes

LEITO

Data/Hora

EVOLUÇÃO

09/10/19

09:15h

O SMM chegou a unidade para fazer a transferência da paciente para HUSE, a equipe de USA pronto de Tálle fez a transição. No momento paciente consciente, orientada, hidratada, permeável em peso de 44 kg e 101 cm, em peso de 81 kg, com glaucoma bilateral. SPM: PA: 137x81 mm Hg, FC: 85 bpm, Sat: 90%, FR: 13 lpm. Apoio da unidade de terapia de USA.

Cássia Barbosa
CRM 287.080 - ENF

PACIENTE: Vagner Nunes do Mota

SETOR: Estabilização

LEITO:

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

09/11/2018 0800 paciente deu entrada nesse setor
08 trazido pela Técnica: Ilda, vítima de colisão
19 entre motocicletas, furo de vasos venoso periférico
em m. 38, foi administrado medi-
cações prescritas pelo médico plantonista, depois
de medicado foi regulado, no momento aguardando
o SAMU.

Maria José de Oliveira

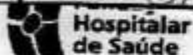
COREN/SE 0133295-7

As 10:15 horas: SAMU chega na unidade
de para a realizar a transferência do paciente pa-
ra o HUSE; a equipe do USA de parte de Polha mo-
lizes a transferência no momento paciente consciente
Verbalizando, em uso de MV a 10l/min em uso de SVD,
opuntando PA 137 x 81 mmHg, FC 85 bpm, SatO₂
99%, FR 13 ipm, o mesmo segue os cuidados de
equipe do SAMU.

Maria José de Oliveira

COREN/SE 0133295-7

RELATORIO DE TRANSFERENCIA

Clínica: GERAL TURNO:NOME: WAGNER VUNES DA MOTAMATRICULA: DATA: 09-08-2019CIDADE: SARARU

RELATORIO DE TRANSFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM

HOSPITAL REGIONAL GOV. JOÃO ALVES FILHO - N. Sª DA GLÓRIA/SE

UNIDADE PARA REFERÊNCIA

H-SR URADE TUAJMA DA LUISCHALOS

ENDEREÇO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

ESTAMOS ENCAMINHANDO O PACIENTE WAGNER VUNES DA MOTASEXO MASC NASCIDO EM 02-10-1982 MATRÍCULA

CUJO PROBLEMA DE SAÚDE NECESSITA DE UM TIPO DE ATENDIMENTO QUE ESTA UNIDADE NÃO OFERECE.

MOTIVO DA CONSULTA / IMPRESSÕES DIAGNÓSTICAS OU PROBLEMAS IDENTIFICADOS

pac. vítima de queda de moto, com
lesão profunda contusa na região
frontal com exposição de meninges
e fratura.

ESTUDOS A QUE FOI SUBMETIDO O PACIENTE, SEUS RESULTADOS E CONDUTA ADOTADA (RESUMO DOS PRINCIPAIS ACHADOS DO EXAME CLÍNICO E DOS EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS ANTES DA SOLICITAÇÃO DO ENCAMINHAMENTO)

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Avaliação e consulta

DATA DO ENCAMINHAMENTO

09/08/19

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

Wagner Gomes Jr.
Clínica Médica / Urgência
09-08-2019

REGISTRO GERAL 3.144.771-6 2.VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO 04/04/2018

NOME
WAGNO NUNES DA MOTA

FILIAÇÃO
MARIA NEIDE LINO
ALFREDO NUNES NETO

NATURALIDADE
PORTO DA FOLHA-SE

DOC. CIVIL
CT. NASCIM. NR 3.857 LV A-21 FL 75
CART. 3 OFIC. DIST. COMARCA DE GARARU-SE
038.433.885-32

DATA DE NASCIMENTO
02/10/1982





1749963409

749963409

749963409

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROCHA

DOC REFERENCE: 1974 10000000
0123456789 100 00

028.003.675-00 28/11/1985

PLAN LATE BOOK

LUISYK SANTOS DE
CLIVINA ROSA

| | | |
|------------|------------|----------|
| PERSONAL | AGE | CAT. NO. |
| 1000000000 | 1000000000 | AD |

04559447376

67/01/2024

02/06/2009

CONCLUSÃO

1. *Agave americana* L.

ANALYSTS, INC.

08 001 0301 00

59018844231
88021769567

Leitura Crítica *Dois* **Chapman** *de* **Walt**
Walt *Chapman* *de* **Walt**

SERGIPE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200003544

Cidade: Gararu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

Data do acidente: 09/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO.
PERICIA DO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200003544

Cidade: Gararu

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

Data do acidente: 09/08/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE COM FERIMENTO NA REGIÃO FRONTAL COM FRATURA DA PAREDE ANTERIOR DO OSSO FRONTAL A ESQUERDA

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO CRÂNIO ASSIMÉTRICO, COM DEPRESSÃO NA REGIÃO FRONTAL A ESQUERDA, PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA NOS SUPERCÍLIOS E REGIÃO FRONTAL, LEVE DESVIO DO SEPTO NASAL PARA A DIREITA, TÔNUS, REFLEXOS, FORÇA MUSCULAR, MOVIMENTOS E SENSIBILIDADE DO DIMÍDIO DIREITO E ESQUERDO PRESERVADO.
PERICIA DO EM VIGÍLIA, LÚCIDO, ORIENTADO NO ESPAÇO E TEMPO, CALMO, VERBALIZANDO FALA NORMAL, REFERINDO CEFALÉIA SEVERA, TONTURA, INSÔNIA E ANOSMIA, FAZ USO DE ANALGÉSICOS E CLONAZEPAM.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |

**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu (nome completo) Wagner Nunes da Mata
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Advogado, portador da cédula
de identidade RG nº 3.144.771-6, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 038.433.585-32, residente na (endereço
completo) Pereado Jaramalho S/N, na cidade de
Barão, (UF) SE, CEP 49830-000, nomeio e
constituo meu procurador, (nome do representante) Jose Marcos De O. Rosa
(nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Consultor, portador da cédula
de identidade RG nº 21233829, emitido pela SSP / (UF) SE,
inscrito sob o CPF nº 000.003.675-00, residente na (endereço
completo) Rua Das Solas nº 217, na cidade de
Nossa Sra da Glória (UF) SE, CEP 49680-000, a quem confiro
amplos e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO**
SEGURO DPVAT da vítima (nome da vítima) Wagner Nunes da Mata
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Nossa Senhora da Glória 26/12/19

(assinatura) Wagner Nunes da Mata

(RG) 3144.771-6



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0003301/20

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

CPF: 038.433.585-32

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 09/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VAGNO NUNES DA MOTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA : 020.003.675-00

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

VAGNO NUNES DA MOTA : 038.433.585-32

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/01/2020
Nome: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA
CPF: 020.003.675-00

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/01/2020
Nome: JOSE MARINO GOYA ARAUJO
CPF: 221.365.090-04

JOSE MARINO GOYA ARAUJO

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200003544

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200003544

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200003544

Vítima: VAGNO NUNES DA MOTA

Data do Acidente: 09/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VAGNO NUNES DA MOTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 1.350,00 |

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: VAGNO NUNES DA MOTA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 004

Agência: 000000018

Conta: 0000010170-5

Tipo: CONTA CORRENTE

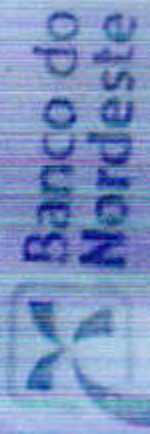
NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,





EXTRATO DE CONTA CORRENTE

Informações da Conta

Titular: VAGNO NUNES DA MOTA

CPE: 038.433.585-32

Agência: 0018-GARARU

Conta Corrente: 10170-5

Saldo Anterior: R\$ 4,32

Período: 01/12/2019 à 02/01/2020

Detalhamento do Extrato

| Data | Histórico | Documento | Valor | Saldo R\$ |
|------------|-----------------------------|-----------|--------|-----------|
| 24/12/2019 | JUROS POU/PANCA CORRENTE | 39861 | 0,01 C | 4,33 |

SAC BANCO DO NORDESTE - 0800 728 3030 - OUVIDORIA - 0800 033 3033 -

www.bancodonordeste.gov.br

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

038.433.585-32 Vagner Nunes da Mata

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Vagner Nunes da Mata 038.433.585-32
barrados Povoado Jaramatãia S/N Casa
Área Rural Bonaru SE 49830-000
Marecosdegloria@gmail.com 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Mercantil

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jussara Serrano da Blaua; 03/04/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 131131/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/12/2019 12:08 Data/Hora Fim: 11/12/2019 12:08
Origem: Outros
Delegado de Polícia: Neviton Rodrigues Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Distrital de Gararu
Data/Hora do Fato: 09/08/2019 07:00

Local do Fato

Município: Gararu (SE) Bairro: Jaramataia
Logradouro: Jaramataia Nº: s/n
Complemento: Estrada vicinal CEP: 49.830-000
Tipo do Local: Via Pública

| Natureza | Meio(s) Empregado(s) |
|--|----------------------|
| 1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS | Não Houve |

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VAGNO NUNES DA MOTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: SE - Porto da Folha Sexo: Masculino Nasc: 02/10/1982
Profissão: Agricultor Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: Maria Neide Lino Nome do Pai: Alberto Nunes Neto

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 038.433.585-32
RG - Carteira de Identidade: 31447716

Endereço

Município: Gararu - SE Nº: s/n
Logradouro: Povoado Jaramataia CEP: 49.830-000
Bairro: Zona Rural
Telefone: (79) 99655-1930 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO


rela o comunicante que na manhã do dia (09/08/2019), por volta das 07:00hs, trafegava na estrada vicinal que dá acesso ao povoado Jaramataia, sentido Nossa Senhora da Glória/SE, conduzindo o veículo motocicleta HONDA/CG 150 TITAN ESD, de placa policial NVI-5687/SE, ano 2011/2011, cor preta, chassi-9C2KC1650BR552981, em nome de Genilson Santos Lemos. Que nas imediações do referido povoado, numa curva perigosa colidiu com outra motocicleta, e em decorrência da colisão, sofreu fratura na região frontal. Que foi socorrido por populares e encaminhado ao Hospital Regional de Nossa Senhora da Glória/SE e em seguida foi transferido par HUSE, onde ficou internado e teve alta no dia 12/08/2019.




BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 131131/2019-A01

ASSINATURAS


Neilton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936966
Responsável pelo Atendimento


Vagno Nunes da Mota
(Comunicante)


Neilton Rodrigues Dos Santos
Delegado de Polícia
Mat.: 936966
Delegado de Polícia
Mat.: 936966

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 038.433.585-32 4 - Nome completo da vítima: Vagner Nunes da Costa

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

5 - Nome completo: Vagner Nunes da Costa 6 - CPF: 038.433.585-32
7 - Profissão: Camaradeiro 8 - Endereço: Povoado Claramatãia 9 - Número: 511 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Barão 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49830-000
15 - E-mail: Marcosdegloria@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 79-99918-9207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Mercantil

AGÊNCIA: 0018 CONTA: 10170

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprimir aqui o nome da vítima ou beneficiário, se diferente do nome no documento.
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Jussara Seghara da Blauz, 03/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)